



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
Escola Nacional de Saúde Pública

Factores sociodemográficos na saúde oral:

Influências nos comportamentos de rotinas de saúde oral,
frequências de idas a consultas, auto avaliação do estado de saúde
oral e presença de dor em jovens de 12 anos

Ana Filipa de Fortuna Bombert

XV Curso de Mestrado de Saúde Pública 2012/2014
Área de Especialização em Promoção e Protecção da Saúde

Orientação: Professora Doutora Carla Nunes

Co-Orientação: Professora Doutora Cristina Manso

Julho de 2014

“Good health is the bedrock on which social progress is built. A nation of healthy people can do those things that make life worthwhile, and as the level of health increases so does the potential for happiness.” Lalond Report, 1974.

À avó Luísa e ao avô Braga

Agradecimentos

À Professora Doutora Carla Nunes pelas suas “receitas culinárias” que facilitaram a realização deste trabalho, e por toda a orientação incansável, ensinamentos dados e por me incentivar sempre a questionar mais.

À Professora Doutora Cristina Manso por ter aceite guiar-me nesta aventura, pela sua visão sábia e objectiva que me fez não desviar do objectivo final, e nunca perder o rigor.

À Direcção Geral da Saúde pela disponibilização dos dados do III Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais e todos os recursos, na pessoa do Dr. Francisco George e Dr. Rui Calado. À Dra. Cristina Ferreira pela constante disponibilidade e pela maneira como me acolheu no projecto, fazendo-me sentir parte da equipa. A todos os outros membros da equipa do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral e intervenientes no III Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais.

Ao Tiago Malaquias por toda a ajuda e apoio e à Beni pela disponibilidade e força.

À Fátima Duarte por acreditar em mim e me fazer também acreditar, à Sandra Ribeiro pela motivação e sugestões e a ambas por serem modelos e exemplos.

Ao Ricardo Rosado pela sua companhia nos dias em que ninguém quer trabalhar no SPSS. Ao João Godinho, Ellen, Joana Valença, Alexandra Lima e Jorge Brázia pelo encorajamento e disponibilidade constantes em diferentes circunstâncias, mas todas com o seu peso. Ao Luís pela lufada de ar fresco e confiança quando tudo estava complicado.

Aos meus colegas de turma por me terem acompanhado nesta viagem alucinante, em especial aos companheiros de batalha Tiago Oliveira, Margarida Siopa, Teresa Sousa, Marta Mourão e Susana Amorim.

À Mãe por ser o meu modelo de persistência e tenacidade.

À Avó Luísa e ao Avô Braga por terem tornado isto possível.

Resumo

Introdução: A saúde oral é uma componente essencial na saúde geral e no bem-estar dos indivíduos. Sabe-se que os problemas de saúde oral afectam predominantemente os elementos de níveis socioeconómicos mais baixos, evidenciando a influência dos determinantes sociais da saúde na saúde oral das populações. Os objectivos deste estudo são caracterizar os comportamentos de rotinas diárias de higiene oral, frequências de idas a consultas de saúde oral, auto-avaliação do estado de saúde oral e percepção de dor na cavidade oral em crianças de 12 anos em Portugal e analisar a associação entre estes e os factores sociodemográficos. **Métodos:** Foi realizado um estudo observacional, transversal e analítico, abrangendo 1309 jovens e baseado em informação recolhida no III Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais (ENPDO). Para além das estatísticas descritivas usuais, as estatísticas inferenciais basearam-se predominantemente em modelos de regressão logística binária. **Resultados:** Dos participantes, 70.6% (n=924) escova “duas ou mais vezes por dia” com associação com todas as variáveis sociodemográficas. Na análise multivariada, o género masculino (OR=2.088; IC95%: 1.574-2.770, em relação ao género feminino), a área de residência predominantemente rural ou mediana urbana (OR= 1.800; IC95%: 1.258-2.587; OR=1.516; IC95%: 1.093-2.103, em relação a zonas predominantemente urbanas), a escolaridade da mãe ser o ensino básico (OR= 2.112; IC95%: 1.408-3.168, em relação ao ensino superior) e a actividade laboral do pai ser desempregado (OR= 1.938; IC95%: 1.280-2.934, em relação a ser trabalhador) foram as variáveis com mais impacto para a adopção de comportamentos de escovagem potencialmente inadequados ($p<0.05$). A maioria dos inquiridos (94.2%; n=1247) já tinham ido a uma consulta de saúde oral e 74.5% (n=860) nos últimos 12 meses, 95.5% (n=1250) encontram-se satisfeitos com a saúde oral e 44.5% (n=578) afirma ter tido algum tipo de dor na cavidade oral nos últimos 12 meses. **Conclusão:** Os resultados obtidos estão de acordo com a literatura em termos de factores de associação. Desta forma, a saúde oral nos jovens de 12 anos em Portugal, nos diversos contextos aqui analisados, pode ser considerada como satisfatória. A única excepção relevante é a componente da dor, com valores alarmantes embora de natureza mais subjectiva. A influência dos factores sociodemográficos sugere que futuras abordagens para a promoção da saúde oral tenham em conta os determinantes de saúde no delineamento de estratégias quer a nível individual quer a nível comunitário.

Palavas-chave: saúde oral, frequência de escovagem, consultas de saúde oral, comportamentos em saúde.

Abstrat

Introduction: Oral health is an essential component to the overall health and well-being of individuals. It is known that oral health problems are related with lower socio-economic levels, demonstrating the influence of social determinants of health on oral health of populations. The aim of this study was to understand the frequency of behaviors of daily oral hygiene routines, frequency of oral health appointments, self-rated oral health and perception of pain in the oral cavity in children aged 12 years in Portugal and verify the association between socio-demographic factors and them.

Methods: We conducted a cross-sectional and observational, analytical study based on 1309 adolescents using the data of the III National Prevalence Study for Oral Diseases (ENPDO). After descriptive analyses, binary logistic regression models were used.

Results: 70.6 (n= 924) brush "twice a day or more" with association for all socio demographic variables. After multivariate analysis the male gender (OR=2.088; IC95%: 1.574-2.770, to female), area of residence rural or periurban (OR= 1.800; IC95%: 2.587; OR=1.516; IC95%: 1.093-2.103, to urban areas), educational level of the mother on basic education (OR= 2.112; IC95%: 1.408-3.168, to university degree) and father's unemployment (OR= 1.938; IC95%: 1.280-2.934, to an employment) were the variables with higher impact on not brushing daily in a properly way ($p<0.05$). About 94.2% (n=1217) had already an oral health appointment and 74.5% (n=860) were in the last 12 months, 95.5% (n=1250) are satisfied with their oral health and 44.5% (n=578) claim to have had some kind of pain in the oral cavity in the last 12 months.

Conclusion: Our results are in agreement with the literature and oral health of 12 years old portuguese adolescents can be regarded as satisfactory. The only exception is pain, with alarming values but more subjective too. The influence of socio-demographic factors suggests that future approaches to oral health promotion should take into account the determinants of health when planning both strategies at the individual level or at community level.

Key words: oral health, frequency of brushing, oral health appointments, health behaviors.

Índice

1. Introdução.....	1
2. Enquadramento Teórico	3
2.1. Saúde oral	3
2.1.1. Saúde oral e saúde geral.....	3
2.1.2. Principais problemas de saúde oral	5
2.1.3. Saúde oral, auto-avaliação do estado de saúde e dor na cavidade oral	7
2.2. Comportamentos em saúde oral	8
2.3. Iniquidades de cuidados de saúde oral	14
2.4. Programas de saúde oral em Portugal	18
2.4.1. “Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral”	18
2.4.2. “III Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais”	19
2.4.3. Saúde oral na saúde pública	20
3. Justificação do tema, finalidade e objectivos.....	23
4. Materiais e Métodos.....	25
4.1. População e amostra	25
4.2. Tipo de estudo	25
4.3. Fontes de Informação	26
4.4. Operacionalização das variáveis.....	27
4.5. Análise e tratamento de dados.....	30
4.6. Limitações e vieses.....	31
5.Resultados.....	33
5.1. Caracterização da amostra	33
5.1.1. Características sociodemográficas: amostra vs. população.....	34
5.2. Comportamentos de rotinas diárias de higiene oral.....	35
5.3. Frequência de idas a consultas de saúde oral	45
5.4. Auto-percepção de saúde oral	52
5.5. Dor na cavidade oral	57

6. Discussão	61
7. Conclusões.....	73
8. Bibliografia.....	75
9. Anexos.....	85

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Constituição da amostra representativa a nível regional e nacional	25
Tabela 2 - Quadro de operacionalização de variáveis sociodemográficas	27
Tabela 3 - Quadro de operacionalização de variáveis relacionadas com comportamentos de rotinas diárias de higiene oral	28
Tabela 4 - Quadro de operacionalização de variáveis relacionadas com as frequências e motivos de idas a consultas de saúde oral.....	29
Tabela 5 - Quadro de operacionalização de variáveis relacionadas com a auto-apreciação de saúde oral e presença de dor na cavidade oral	30
Tabela 6 - Estatísticas descritivas das variáveis sociodemográficas.....	33
Tabela 7 - Estatísticas descritivas das variáveis relacionadas com comportamentos de rotinas diárias de saúde oral	35
Tabela 8 - Principais associações entre variáveis sociodemográficas e variáveis associadas a comportamentos de rotinas de higiene oral diárias	36
Tabela 9 - Associação entre a frequência de escovagem diária e variáveis sociodemográficas.....	38
Tabela 10 - Factores associados com a frequência de escovagem potencialmente inadequada (1 ou menos vezes por dia)	41
Tabela 11 - Estatísticas descritivas das variáveis relacionadas com as frequências de idas e motivos para consultas de saúde oral	46
Tabela 12 - Principais associações entre variáveis sociodemográficas e variáveis associadas à frequência de idas a consultas de saúde oral e motivo da última visita .	47
Tabela 13 - Associação entre frequência de idas a consultas de saúde oral nos últimos 12 meses e variáveis sociodemográficas.....	49
Tabela 14 - Factores associados à frequência de idas a consultas de saúde oral nos últimos 12 meses.....	51
Tabela 15 - Estatísticas descritivas das variáveis relacionadas com a auto-percepção do estado de saúde oral e presença de dor na cavidade oral	52
Tabela 16 - Principais associações entre variáveis sociodemográficas e variáveis associadas a auto-percepção de saúde oral.....	53
Tabela 17 - Associação entre a auto-percepção do estado de saúde oral e variáveis sociodemográficas.....	54
Tabela 18 - Factores associados à auto-percepção negativa sobre saúde oral	56
Tabela 19 - Estatísticas descritivas das variáveis relacionadas com a presença de dor na cavidade oral	57

Tabela 20 - Principais associações entre variáveis sociodemográficas e variáveis associadas à presença de dor na cavidade oral	57
Tabela 21 - Associação entre presença de dor na cavidade oral meses e variáveis sociodemográficas	58
Tabela 22 - Factores associados à presença de dor na cavidade oral.....	60

Índice de Figuras

Figura 1 - Diagrama da etiologia da cárie dentária.....	5
Figura 2 - Diagrama dos determinantes da saúde de Dahlgren e Whitehead.	9
Figura 3 - Gráfico da área abaixo da curva ROC para a frequência de escovagem....	44
Figura 4 - Nomograma representativo da probabilidade de ter hábitos de escovagem potencialmente inadequados	44

Siglas e Abreviaturas

ARS - Administração Regional de Saúde

ARS LVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

DGS - Direcção Geral de Saúde

ENPDO - Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

HBSC - Health Behavior in School-Aged Children

OMD - Ordem dos Médicos Dentistas

OMS - Organização Mundial da Saúde

OR - Odds Rácio

NUTS - Nomenclatura das Unidades para Fins Estatísticos

PNPSO - Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

PPSOCA - Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes

PSO - Profissional de Saúde Oral

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SO - Saúde Oral

RA - Região Autónoma

UNL - Universidade Nova de Lisboa

1. Introdução

Este trabalho de projecto realiza-se no âmbito do XV Curso de Mestrado em Saúde Pública para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública na área de especialização em Promoção e Protecção da Saúde, na Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa.

As doenças orais são um dos principais problemas de saúde pública devido à sua alta prevalência e incidência em todas as regiões do mundo, tal como para a maioria das doenças, também nestas a maior carga de doença recai sobre as populações desfavorecidas e socialmente marginalizadas (Petersen, 2003). Em 2000 no relatório sobre saúde oral, o *Surgeon General* realçou a importância da saúde oral para a qualidade de vida sendo este assunto citado em mais de 170 documentos de referência da área (USDHHS, 2000).

Na saúde oral a cárie dentária e a doença periodontal são as doenças mais comuns (Petersen *et al.*, 2005). Ambas apresentam o mesmo factor etiológico principal, a placa bacteriana, que resulta da agregação de bactérias e os seus substratos na superfície dos dentes (Deljo *et al.*, 2011). A cárie dentária é a doença crónica mais frequente durante a infância e é reconhecida como um problema maior no âmbito da saúde pública (Fisher-Owens *et al.*, 2007; Fisher *et al.*, 2012). A maioria das crianças e adolescentes em todo o mundo apresentam sinais de gengivite, fase inicial da doença periodontal, sendo esta a doença mais comum a seguir à cárie dentária (Deljo *et al.*, 2011; Petersen *et al.*, 2005).

No entanto, nenhum grupo de doenças é tão fácil de ser prevenido como os problemas de saúde oral (Petersen, 2003). A prevenção começa com a adopção de comportamentos como a escovagem diária, uso de produtos com flúor e acesso a consultas de saúde oral (Bader, 2005; DGS, 2008; EAPD, 2009). Outro dos tratamentos utilizados são os selantes de fissuras, outra medida que impedindo o desenvolvimento e colonização das bactérias que participam no processo da cárie dentária (Ahovou-Saloranta *et al.*, 2013; Frencken, 2014).

As iniquidades são caracterizadas por serem diferenças injustas em saúde (Watt e Sheiham, 1999). Estas diferenças estão normalmente associadas a causas sociais, económicas e ambientais, e apenas a implementação de estratégias de promoção de saúde focadas nestes três eixos poderão contribuir para atenuar as iniquidades em saúde oral (Watt e Sheiham, 1999). A relação entre o nível

socioeconómico e a maioria dos resultados em saúde está bem documentada (Ravaghi *et al.*, 2012).

A dimensão e consequências das doenças orais na qualidade de vida das pessoas, o seu impacto económico e social e a sua aproximação com as doenças crónicas pelos mesmos factores de risco, sugere que seja dada uma nova ênfase à gestão das doenças orais.

A saúde pública tratando-se de um conceito social e político que visa melhorar a saúde, prolongar a vida e melhorar a qualidade de vida nas populações, através da promoção da saúde, da prevenção da doença e de outras formas de intervenção em saúde (Nutbeam, 1998) deverá colocar as doenças crónicas orais alinhada na frente com as doenças crónicas, de modo a serem convergidos esforços para que haja um olhar mais atento sobre a gestão integrada das mesmas.

Com base nos objectivos traçados no último Estudo Nacional de Doenças Orais da Direcção Geral da Saúde (DGS) realizado em 2005 e cujos resultados foram divulgados em 2008, foi desenvolvido o III Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais (ENPDO), no qual se insere este trabalho de mestrado. O estudo de 2005 sugere que “os determinantes sociais, económicos, políticos e culturais têm um impacto significativo na saúde em geral e, melhorá-la, passa por reduzir o seu maior factor de risco, as desigualdades sociais” (DGS, 2008). Neste contexto, o III ENPDO segue esta nova abordagem, explorando os determinantes sociais da saúde e a sua influência na saúde oral.

Este trabalho encontra-se dividido em vários capítulos. É feita a introdução, logo depois o enquadramento teórico que fará a contextualização de todas as temáticas a serem exploradas, com principal destaque para a saúde oral e saúde geral, comportamentos em saúde oral e para o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO). Em seguida será apresentado um capítulo com a definição dos objectivos do trabalho. Depois surge o capítulo dos materiais e métodos que procura expor toda a metodologia subjacente à realização deste trabalho. Segue-se o capítulo dos resultados onde são expostos os resultados e a sua análise. Posteriormente surge o capítulo da discussão onde é feita a comparação entre os resultados obtidos neste estudo com outros estudos. Por fim, são apresentadas as conclusões.

2. Enquadramento Teórico

2.1. Saúde oral

A saúde oral não é meramente um resultado individual de factores biológicos, psicológicos e comportamentais, mas sim, a soma das condições sociais colectivas que são criadas quando o indivíduo interage com o ambiente social, podendo de alguma maneira reflectir as condições de vida e saúde das pessoas (Davoglio, R. S. *et al.*, 2009; Moysés, 2012). Daqui se retira que as influências do nível socioeconómico são importantes na relação com os factores de risco para as doenças orais (Blas and Kurup, 2010).

As doenças orais são facilmente prevenidas (Hobdell *et al.*, 2003), no entanto quando num estado avançado podem ser irreversíveis (Blas and Kurup, 2010). Daqui urge o benefício de apostar na prevenção no campo da saúde pública oral, pois prevenir as doenças orais é importante e alcançável (Lancet, 2009).

A saúde oral de um indivíduo no presente é a consequência dos cuidados de saúde oral ao longo da vida (Pinilla e González, 2009). Sabe-se também que as variações que existem na saúde oral são reflexo da complexa interacção dos factores modificáveis no desenvolvimento das doenças orais (Davenport *et al.*, 2003).

Todas as pessoas estão susceptíveis a terem problemas de saúde oral mas existem grupos mais vulneráveis, tais como crianças e jovens, por serem grupos de risco especiais dado que as primeiras circunstâncias de vida, no período da infância, parecem ter uma grande influência no estado de saúde oral na fase adulta (Treadwell e Ro, 2002; Watt, 2007).

A cárie dentária e a doença periodontal foram consideradas os problemas globais mais importantes no campo da saúde oral (Petersen, 2003) e ocupam os primeiros lugares numa lista de cinco problemas aos quais se somam o cancro oral, o lábio leporino e problemas de oclusão (Hobdell *et al.*, 2003).

2.1.1. Saúde oral e saúde geral

A saúde oral é parte da saúde integral e é essencial para a saúde e bem-estar, no entanto, existem diferenças substanciais na acessibilidade a cuidados de saúde em comparação com cuidados de saúde oral (Petersen, 2003; Pinilla e González, 2009).

Historicamente as doenças da cavidade oral sempre tiveram tendência a ser separadas das restantes doenças do corpo, ainda que a inter-relação entre saúde oral e geral tenha vindo a ser comprovada pela evidência e seja cada vez mais aceite e tida em conta a relação entre ambas (Jürgensen e Petersen, 2009; Petersen, 2003). A saúde oral não é apenas um tópico da medicina dentária, é um tópico que deve ter a atenção e envolvimento de todos, sobretudo aqueles que negligenciam a boca como parte integrante do corpo (Treadwell e Ro, 2002).

Existe uma estreita relação entre saúde global e oral, sendo que muitos dos problemas de saúde, têm as suas primeiras manifestações nos tecidos da cavidade oral. Um rigoroso exame à cavidade oral pode detectar várias complicações relacionadas com a saúde geral num estado precoce (Petersen, 2003). Doenças orais como a doença periodontal estão associadas a condições de saúde geral como a diabetes e o HIV/SIDA (Blas e Kurup, 2010). A relação entre saúde geral e oral tem início nos seus determinantes, as práticas de higiene têm uma grande importância na vida humana devendo considerar-se a relação entre hábitos de higiene oral e higiene gerais (Dorri; Sheiham e Watt, 2009). Deve ser feita uma abordagem dos factores de risco comuns, em vez de haver um foco em doenças isoladas, adoptando uma visão holística que facilite as ligações e parcerias em saúde (Watt, 2007).

Esta relação tem vindo a obter atenção de alguns organismos e *stakeholders* das áreas da política, economia e saúde. Em 2010 a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou um documento intitulado “Equidade, Determinantes Sociais e Programas de Saúde Pública”, onde um capítulo é dedicado exclusivamente à saúde oral.

A inegável existência de uma estreita relação entre a saúde oral e geral justifica que se considere uma reorientação dos serviços de saúde oral com vista a aumentar a equidade, integrando a saúde oral na saúde geral, adoptando a abordagem dos cuidados de saúde primários para a saúde oral (Blas e Kurup, 2010; Niiranen; Widström e Niskanen, 2008). A abordagem dos factores de risco comuns deveria ser usada para integrar a saúde oral nos programas de saúde nacionais (Petersen, 2005). Incorporar a promoção da saúde oral na promoção da saúde geral é cada vez mais importante, uma vez que uma abordagem integrada pode ser melhor sob o ponto de vista de custo-efectividade quando se compara com programas focados para apenas uma doença (Petersen, 2003).

2.1.2. Principais problemas de saúde oral

A cárie dentária é uma doença crónica, infecto-contagiosa, que resulta da perda de minerais da superfície dentária, causada pelos ácidos orgânicos formados através da fermentação microbiana dos alimentos provenientes da dieta (Harris *et al.*, 2004). A sua ocorrência dá-se pela presença de placa bacteriana na zona circundante do dente por longos períodos de tempo (Ayele *et al.*, 2013). A progressão da cárie é multifactorial, dependendo de inúmeras variáveis interagindo para promover a sua evolução. Em particular, a presença de bactérias, um substrato para consumo bacteriano, o hospedeiro bem como o tempo são os principais factores que contribuem o desenvolvimento da cárie dentária (Ferraro e Vieira, 2010).

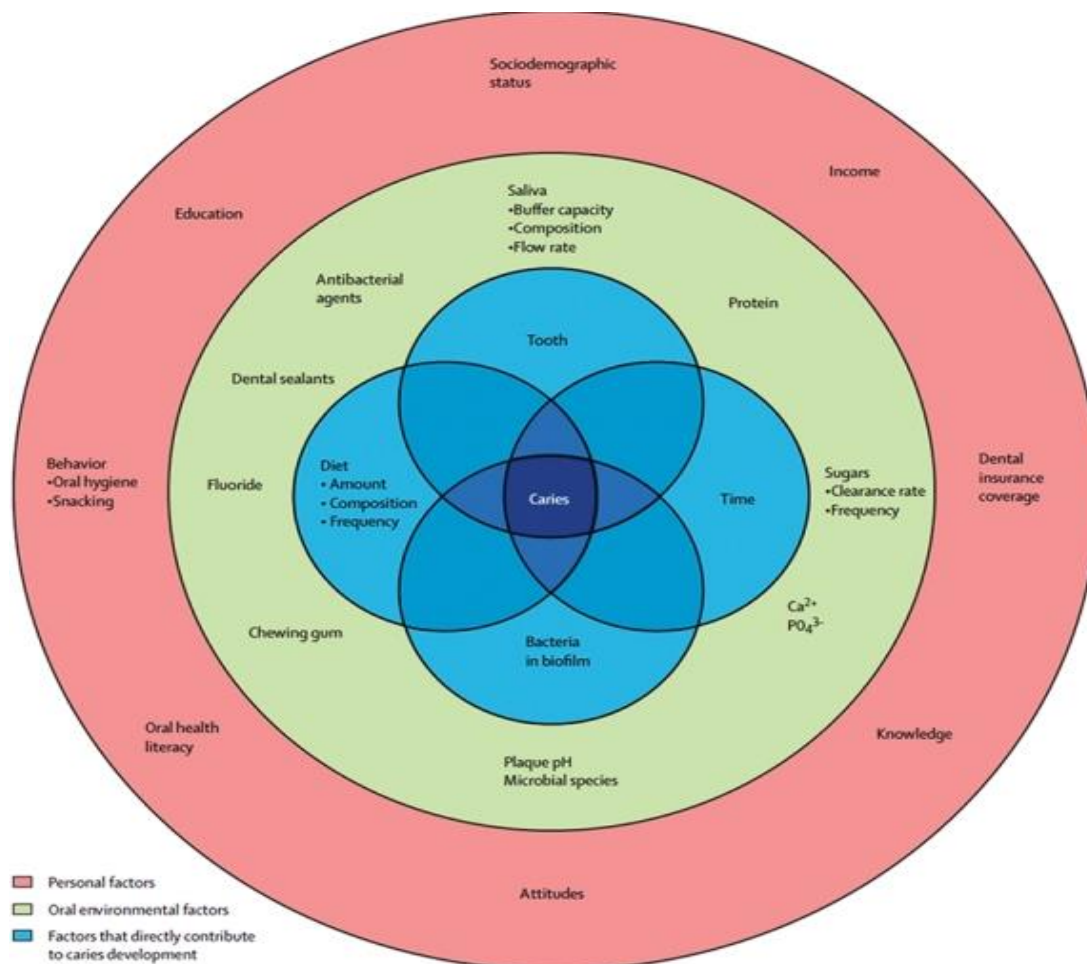


Figura 1 - Diagrama da etiologia da cárie dentária. Fonte: Selwitz, Ismail and Pitts, 2007

A figura 1 ilustra a complexidade e disparidade dos factores que influenciam a cárie dentária, sendo estes designados como determinantes para a progressão da doença. Os factores pessoais e sociais, no círculo mais exterior, com especial relevância para o rendimento, educação e comportamentos, têm um grande impacto

no desenvolvimento da doença (Pitts *et al.*, 2011). Outros exemplos de factores de risco são o consumo de alimentos açucarados e a frequência de escovagem (Cook *et al.*, 2008). O tempo é outro factor que deve ser tido em conta, sendo reconhecido que a saúde das crianças é dinâmica e cada criança tem uma trajectória única de desenvolvimento (Fisher-Owens *et al.*, 2007) onde a cárie dentária não é excepção. Além disso, o melhor indicador de lesões de cárie no futuro é a existência das mesmas no passado (Watt, 2007). O nível socioeconómico está consistentemente associado como um factor geral de risco para o aparecimento da cárie dentária em crianças (Hamasha *et al.*, 2006; Polk; Weyant e Manz, 2010).

A cárie dentária apresenta-se actualmente como a doença crónica mais prevalente, em crianças e em todo o mundo (Jürgensen e Petersen, 2009) e sabe-se que nos países industrializados a cárie é cinco vezes mais prevalente que a asma (USDHHS, 2000). No entanto, esta doença infecciosa deixou de ser considerada uma pandemia passando a considerar-se uma endemia específica em alguns sectores da população (Cook *et al.*, 2008) sendo que a maior carga de doença recai sobre os grupos menos privilegiados (Petersen, 2003).

Outro dos principais problemas de saúde oral é a doença periodontal, cuja expressão aos 12 anos se manifesta maioritariamente pela gengivite. Alguns estudos têm descrito que os factores que influenciam a existência de gradientes na saúde oral, especialmente na doença periodontal, são muito semelhantes aos da saúde geral, sendo a doença periodontal considerada uma “doença social” (Sheiham e Nicolau, 2005).

A doença periodontal explicada pelo “Modelo Ecológico da placa bacteriana” diz que a doença periodontal é o resultado de várias mudanças no ambiente da cavidade oral (Sheiham e Nicolau, 2005). Os problemas gengivais na adolescência são caracterizados por sinais clínicos de inflamação localizados na gengiva, sem destruição de tecidos periodontais (Albandar e Tinoco, 2002). A placa bacteriana, como factor etiológico de várias doenças orais, induz a ocorrência de gengivite, que representa uma inflamação não específica e reversível que tende a começar aquando a erupção dos dentes decíduos atingindo o seu pico perto da puberdade (Al-Haddad; Al-Hebshi e Al-Ak'hali, 2010; Idris, 2010). A prevenção e controlo da doença periodontal, na forma de gengivite, deve ser baseada na remoção diária da placa bacteriana (individualmente pela escovagem diária e periodicamente por um profissional de saúde oral), uma vez que a formação da mesma na superfície dos dentes é feita de forma contínua (Idris, 2010).

2.1.3. Saúde oral, auto-avaliação do estado de saúde e dor na cavidade oral

Sabe-se que a saúde geral está relacionada com a saúde oral, em particular com o estado de saúde auto-reportado (Atchison e Gift, 1997).

Uma má higiene oral tem influência na saúde oral, que por sua vez afecta a qualidade de vida dos indivíduos podendo resultar em dor e desconforto, perda de dentes, compromisso de algumas funções da cavidade oral, dias de escola e trabalho perdidos, diminuição de ganhos e produtividade e morte no caso do cancro oral e de noma (Blas e Kurup, 2010; Petersen e Kwan, 2011). No caso das crianças a dor pode influenciar negativamente na capacidade destas estabelecerem relações sociais, pode agravar também a capacidade de aproveitamento escolar devido ao desconforto (Jürgensen e Petersen, 2009). No Brasil um estudo em jovens dos 15 aos 19 anos verificou que os três impactos negativos mais relatados foram a dificuldade em comer (20.9%), incómodo em escovar os dentes (16.1%) e nervosismo ou irritação relacionado com problemas nos dentes (Peres *et al.*, 2013). A atitude das pessoas em relação à sua saúde, em especial face à saúde oral, é moldada pelas suas vivências pessoais (Davoglio *et al.*, 2009).

Factores clínicos, socioeconómicos e ambientais têm diferentes impactos nos domínios da saúde oral reportada e na qualidade de vida, demonstrando assim a necessidade de considerar os vários aspectos quando é feito um planeamento de estratégias para intervenção em saúde oral em meio escolar (Paula *et al.*, 2013).

Crianças cujos pais têm maiores níveis de educação e se encontram inseridas em níveis socioeconómicos mais elevados costumam reportar melhores aspectos sobre a qualidade de vida associada à saúde oral (Kumar; Kroon e Laloo, 2014; Telford; Coulter e Murray, 2011). Um estudo realizado em adultos mostrou que os indivíduos que reportaram uma má saúde geral e oral pertenciam a níveis sociais mais baixos e comparando com níveis sociais mais altos (Sabbah *et al.*, 2007). Existe evidência que diz a auto-percepção negativa face à saúde apresenta uma ligação com as iniquidades sociais, uma vez que elementos de grupos mais desfavorecidos tendem a ter uma pior opinião sobre a sua saúde, evidenciando a influência dos determinantes da saúde (Gabardo; Moysés e Moysés, 2013; Pitts *et al.*, 2011).

A dor é definida pela Associação Internacional para o estudo da Dor (IASP, 1994) como uma experiência sensorial e emocional associada a uma perda actual ou potencial de tecido. Alguma alteração na condição física, psicológica ou no funcionamento social que se relacione com a dor na cavidade oral deve ter sido em conta para a saúde oral (Honkala *et al.*, 2001; Mittal *et al.*, 2012).

Além da prevalência da dor na cavidade oral ser alta em crianças e adolescentes, a sua severidade e impacto nas actividades diárias tem vindo a ser substancialmente reportada e destacada como um crescente problema de saúde pública (Pau; Baxevanos e Croucher, 2007; Yuen *et al.*, 2012). Um estudo na Alemanha que procurou investigar a dor em crianças concluiu que as prevalências são altas com 9% para dores de peito, 12% para dores na cavidade oral e até 60% para dores de cabeça (Roth-Isigkeit *et al.*, 2005). Uma vez que a dor na cavidade oral resulta normalmente de lesões de cárie não tratadas, que podem ser resultado de uma fraca higiene oral e uma dieta rica em açúcares, pode dizer-se que o contexto familiar apresenta um impacto na presença de dor na cavidade oral (Pau; Baxevanos e Croucher, 2007).

Neste contexto, é necessária uma abordagem mais ampla no que diz respeito à saúde no domínio da qualidade de vida, uma vez que esta é resultado dos aspectos sociais, económicos, políticos e culturais das sociedades (Paula *et al.*, 2013).

2.2. Comportamentos em saúde oral

Como já foi referido, a relação entre o nível socioeconómico e a saúde geral está bem documentada, ainda que sejam feitas várias tentativas de promoção de saúde a fim de reduzir algumas desigualdades (Hamasha *et al.*, 2006; Ravaghi *et al.*, 2012). A saúde individual e colectiva é influenciada por diversos factores designados determinantes da saúde (Loureiro e Miranda, 2010). Estes determinantes compreendem factores pessoais, económicos, ambientais e sociais que interagem entre si, convertendo-se em diferentes influências na saúde (Nutbeam, 1998). A maneira como os determinantes se relacionam entre si tem vindo a ser explicada por diversos modelos, onde se destaca aqui o modelo de Dahlgren e Whitehead que faz uma abordagem holística da saúde, estabelecendo uma relação entre os indivíduos, os ambientes em que se inserem e a doença (Dahlgren e Whitehead, 1991).

Neste modelo os indivíduos estão no centro com as suas características constitucionais e genéticas e os níveis seguintes retractam as diversas influências na saúde passíveis de serem modificadas. No primeiro nível surgem os comportamentos e escolhas individuais que podem ou não promover a saúde (p. ex.: fumar ou não fumar). No segundo nível surge a influência das comunidades e relações sociais e no terceiro e último nível encontramos factores estruturais (p. ex.: condições de habitação, trabalho, educação, acesso a serviços) (Dahlgren e Whitehead, 1991). Esta abordagem compreende que todos os determinantes actuam em conjunto, pelo que as

intervenções na área da saúde só farão sentido se englobarem o máximo de factores possíveis (Loureiro e Miranda, 2010).

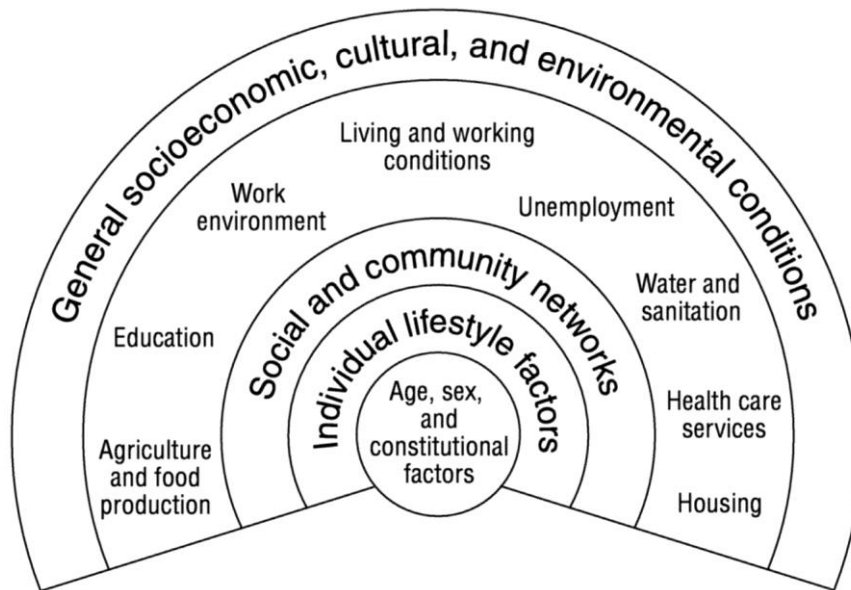


Figura 2 - Diagrama dos determinantes da saúde de Dahlgren e Whitehead. Fonte: Dahlgren e Whitehead, 1992.

Enquanto os factores genéticos e biológicos têm um papel diferente na vulnerabilidade de várias populações, crê-se que a influência da cultura, ambiente e estado socioeconómico podem ter um maior impacto e contribuir para os resultados em saúde (Blas e Kurup, 2010; Newton e Bower, 2005). Cada população tem diferenças na maneira como os seus indivíduos evoluem e vivem, e todas essas diferenças tem repercussões na saúde dos mesmos, incluindo na sua saúde oral (Do, 2012). As crenças em saúde são um dos meios que permitem explicar a maneira como a estrutura social pode ter peso na percepção de necessidade de cuidados de saúde bem como no uso dos mesmos (Andersen, 1995).

Nesta linha de pensamento, a OMS elaborou um guia designado “Políticas e estratégias para promover a equidade em saúde” que se foca em três grandes grupos de determinantes: factores associados a recursos económicos, sociais e físicos que estão directamente relacionados com os locais onde as pessoas vivem e trabalham; factores relacionados com comportamentos individuais (p. ex.: dieta, hábitos tabágicos, exercício físico) cujas consequências se manifestam não apenas nos grupos mais desfavorecidos; factores associados com a acessibilidade aos cuidados de saúde que se traduzem nas diferenças nos níveis de saúde entre grupos sociais (Dahlgren e Whitehead, 1992).

Os determinantes sociais da saúde podem ser vistos como as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e morrem (Petersen, 2003). Estas circunstâncias são moldadas através da distribuição de poder, dinheiro e recursos a nível global, nacional e local (Commission on Social Determinants of Health, 2008). Estas são principalmente responsáveis pelas iniquidades em saúde - as diferenças injustas e evitáveis no estado de saúde que podemos observar dentro e entre países sendo esta conclusão suportada por um grande volume de evidência científica (Commission on Social Determinants of Health, 2008; Marmot, 2005).

Também na saúde oral os factores sociais, comportamentais e ambientais têm vindo a ser demonstrados como importantes em vários estudos epidemiológicos (Petersen *et al.*, 2005). As escolhas são largamente condicionadas e determinadas pelos ambientes sociais em que as pessoas vivem e trabalham (Watt, 2007).

Um estudo realizado na Coreia concluiu a existência de influências do tipo de escola, estrutura familiar e rendimento nos hábitos de higiene orais reportados, devendo ser factores tidos em conta quando se tratam de diferenças socioeconómicas associadas a comportamentos em saúde oral (Jung *et al.*, 2010).

O contexto familiar exerce uma grande influência no estabelecimento de hábitos e comportamentos na adolescência, os pais mais presentes e que acompanham as actividades diárias e desenvolvimento dos seus filhos normalmente são mais atentos à sua saúde encorajando-os a adoptar comportamentos promotores de saúde (Davoglio; Abegg e Aerts, 2013).

A acção nos determinantes sociais da saúde é necessária para melhorar a saúde mas também porque uma acção sobre os mesmos irá conduzir a que as sociedades se orientem mais em função das verdadeiras necessidades (Doyal e Gough, 1991 cit. por Marmot, 2005, p.1103). Os determinantes sociais da saúde são universais, relacionam-se com a exposição a factores de risco e afectam alguns resultados em saúde oral (Davoglio *et al.*, 2008; Petersen e Kwan, 2010).

O alto risco relativo para as doenças orais pode estar relacionado com más condições de vida, baixa escolaridade, falta de tradições, crenças e cultura para apoiar a saúde oral (Petersen, 2003). Neste contexto, os factores de risco para uma má saúde oral incluem uma inadequada alimentação, uma deficiente higiene oral, insuficiente exposição a produtos fluoretados, inexistência de condições de saneamento, consumo aumentado de álcool e tabaco e um inadequado acesso a cuidados de saúde oral (Petersen e Kwan, 2010). Para combater as iniquidades o foco central da acção deve ser direccionado para a criação de ambientes sociais que facilitem a criação e manutenção de bons níveis de saúde oral nas populações (Watt, 2007).

No campo da epidemiologia em saúde oral, as variáveis mais pertinentes que actuam determinantes e podem ser indicadores do estado são o género, a classe social, educação, situação profissional, rendimento e a habitação (Blas e Kurup, 2010).

Na saúde oral o género surge como um determinante, sendo que o género feminino tende a adoptar comportamentos mais saudáveis, entre os quais uma maior frequência de escovagem (Davidson; Rams e Andfrsen, 1997; Dorri *et al.*, 2009; Fisher-Owens *et al.*, 2007; Kanli *et al.*, 2007; Kuusela; Honkala e Rimpelä, 1996; Maes; Vereecken e Vanobbergen, 2006; Matos, *et al.*, 2012; Nourijelyani *et al.*, 2014; Sakalauskiene *et al.*, 2011). As raparigas tendem a ter melhores práticas relativamente aos hábitos de saúde oral e idas a consultas quando comparadas com os rapazes (Petersen, *et al.*, 2008; Sakalauskiene *et al.*, 2011).

Como tem vindo a ser referido, os pais desempenham um importante papel no desenvolvimento da criança, pelo encorajamento e suporte que dão, fazendo com que a criança adopte os comportamentos que vê nos pais, evidenciando a família como a principal formadora no que diz respeito a hábitos de saúde oral (Castilho *et al.*, 2013; Levin e Currie, 2010).

O nível de educação dos pais é um importante determinante do nível socioeconómico pois é aplicado a todas as pessoas mesmo que não estejam em situação laboral activa e confere alguma estabilidade, pois frequentemente se mantém ao longo da vida (Peres *et al.*, 2009). Crianças cujos pais têm níveis de escolaridade mais elevados tendem a ter menos lesões de cárie e a frequentar mais vezes uma consulta de saúde oral nos últimos 12 meses (Petersen *et al.*, 2008), indirectamente indicando que a literacia em saúde e a informação podem ser actores protectores para a saúde das crianças (Savage *et al.*, 2004). A figura da mãe é considerada como um modelo na adopção de comportamentos de saúde (Nourijelyani *et al.*, 2014). Vários estudos apontam o nível de escolaridade da mãe como um factor com influência significativa na saúde oral das crianças (Lapresa; Barbero e Arizaleta, 2012; Nourijelyani *et al.*, 2014). Um baixo nível de educação da mãe leva a uma baixa frequência de escovagem diária das crianças e a uma diminuição das idas a consultas de saúde oral (Branden *et al.*, 2013; Okunseri *et al.*, 2013; Vettore *et al.*, 2012). Investigadores brasileiros verificaram que para o género feminino a frequência de escovagem diária aumentou com a escolaridade da mãe (Vettore *et al.*, 2012).

Outro estudo realizado no Brasil concluiu que o acesso a cuidados de saúde oral e a realização da escovagem dos dentes duas vezes por dia era menos frequente em crianças de níveis socioeconómicos baixos e com um insuficiente suporte familiar, demonstrando a interacção entre os contextos sociais e individuais bem como do contexto familiar (Davoglio *et al.*, 2013). O risco das crianças ficarem doentes e terem

problemas dentários não pode ser isolado do risco para a sua família e comunidade (Fisher-Owens *et al.*, 2007). À semelhança em Espanha, um estudo realizado em crianças de 12 anos revelou que a presença de lesões de cárie estava relacionada com uma baixa frequência de escovagem, com habitação em ambientes rurais e em crianças cujas mães apresentavam baixos níveis de educação (Smyth e Caamaño, 2005). Ainda na Austrália um estudo verificou que a prevalência e a incidência de lesões de cárie iam diminuindo com o aumento do rendimento familiar, no entanto existem variações apreciáveis entre populações com diferentes níveis económicos e sociais que têm de ser tidas em conta (Do, 2012).

No caso das crianças e jovens, as escolas desempenham um papel importante enquanto promotoras de ambientes e estilos de vida saudáveis, tonando-se lugares privilegiados para a promoção da saúde oral (DGS, 2008; Jürgensen e Petersen, 2009). Bons comportamentos em saúde oral estão associados a uma alta auto-estima, e a auto-estima está associada ao nível de escolaridade (Kanli *et al.*, 2007).

Um estudo realizado no Brasil concluiu que crianças que não frequentavam infantários e escolas tinham cerca de sete vezes mais probabilidade de nunca ter ido a um dentista quando comparado com as crianças escolarizadas (Baldani *et al.*, 2011). Na Escócia um estudo sugere que algumas diferenças na frequência de escovagem nos jovens se devem a características das escolas onde se inserem (Levin e Currie, 2008). Mais uma vez, o envolvimento dos pais e professores constituiu um reforço para os programas de promoção de saúde oral, sendo que estes se deviam focar nas crianças e nas suas mães de modo a obter resultados mais promissores (Nourijelyani *et al.*, 2014). A forte associação entre a frequência de hábitos saudáveis e o nível de estudos maternos, permite identificar grupos de risco e assim elaborar estratégias especificamente desenhadas para maximizar a sua efectividade (Lapresa; Barbero e Arizatela, 2012).

Escovar os dentes e usar fio dentário diariamente constituem os dois comportamentos individuais mais comuns para a prevenção de doenças orais e são as recomendações básicas dadas em vários países (Bakdash, 1995; Sakalauskiene *et al.*, 2011). Escovar duas vezes por dia com uma pasta fluoretada desde sempre tem sido uma recomendação dos profissionais de saúde por ser um comportamento com um papel fulcral na prevenção e controlo da cárie e da doença periodontal (Ashley, 2001; Davies *et al.*, 2003; DGS, 2008). A duração da escovagem deve ser superior a um minuto mas não há evidência que defina o tempo ideal, e esta deve ser feita uma escovagem imediatamente antes de ir para a cama e pelo menos mais uma vez noutra ocasião do dia (EAPD, 2009). Ainda em relação à frequência de escovagem diária adequada, não existe um consenso absoluto na evidência (Davoglio *et al.*, 2008). Os

adolescentes que escovam os dentes duas ou mais vezes por dia aos 12 anos têm mais probabilidade de manter esse hábito ao longo da sua adolescência (Kuusela; Honkala e Rimpelä, 1996). Os comportamentos relacionados com saúde estabelecidos na adolescência são mediadores e moderadores de doença na vida adulta podendo ter influência nas gerações vindouras (Starfield *et al.*, 2002).

O uso de flúor, sob as mais diversas formas, é tido como uma das grandes estratégias para a prevenção e controlo da cárie (DGS, 2008). A Academia Europeia de Odontopediatria reforça que o uso diário de flúor deve fazer parte de um adequado programa de prevenção da cárie dentária em crianças (EAPD, 2009). Uma análise a várias revisões sistemáticas, em crianças e adolescentes, verificou que o uso de uma pasta fluoretada, uma escovagem bi-diária com um dentífrico fluoretado, o uso de dentífricos com uma concentração de flúor entre 1000-1500 ppm F⁻ e o uso de uma pasta fluoretada em conjunto com outros produtos como colutórios, são factores que contribuem para a prevenção e controlo da cárie (EAPD, 2009). Em Portugal o acesso a pastas fluoretadas é fácil uma vez que a maioria pode ser adquirida em qualquer supermercado (Almeida *et al.*, 2003). Quanto às soluções para bochechar após a escovagem, o vigor e a quantidade de água usada quando necessária, têm um papel determinante na eficácia anti cárie. Ainda fazer o bochecho com volumes de água baixos e reforçar o hábito de cuspir o excesso de dentífrico sem bochechar são formas de potenciar o efeito anti cárie dos dentífricos (Davies *et al.*, 2003).

Um dos efeitos adversos associados à utilização sistémica de flúor é o desenvolvimento de fluorose dentária, uma hipomineralização do esmalte decorrente da ingestão ou uso excessivo de quantidades de fluor nas crianças quando os seus dentes se encontram em formação (Wong *et al.*, 2011). Quanto ao aparecimento de fluorose sabe-se que a partir dos 6 anos a probabilidade de ocorrer é baixa com excepção para os terceiros molares (EAPD, 2009). Um estudo de revisão que incluiu 74 estudos com 42 000 crianças concluiu que o flúor tem um papel forte na prevenção da cárie em crianças e adolescentes (Eaton e Carlile, 2008). Revisões da Cochrane concluíram que o uso de um dentífrico fluoretado está associado a uma redução de cerca de 24% da cárie dentária em crianças e adolescentes quando comparado com um dentífrico não fluoretado e que não existe significância estatística entre a frequência de escovagem e a fluorose (Marinho *et al.*, 2003; Wong *et al.*, 2011).

2.3. Iniquidades de cuidados de saúde oral

Apesar dos esforços feitos para melhorar a saúde oral das populações, as iniquidades em saúde oral persistem globalmente e constituem um grande desafio para os decisores políticos um pouco por toda a parte (Ravaghi *et al.*, 2012).

As iniquidades são diferenças em saúde passíveis de serem evitáveis entre grupos de indivíduos dentro do mesmo país ou de países diferentes e surgem das iniquidades existentes nas sociedades, resultantes das condições sociais e económicas e os seus efeitos na vida os indivíduos, determinando assim o seu risco para a doença ou a tomada de acções preventivas, bem como a capacidade de procurarem tratamento em caso de doença (WHO, 2014a). Existem iniquidades em saúde entre países no entanto sabe-se que estas são evitáveis (Marmot, 2005; Whitehead, 1990). É consensual que alguns gradientes sociais em saúde diferem entre países como resultado de balanços diferentes de vários determinantes de saúde (Starfield *et al.*, 2002).

Reduzir as iniquidades sociais em saúde e ir ao encontro das necessidades humanas é um assunto de justiça social, e para reduzir estas desigualdades em todo o mundo é necessário agir sobre os determinantes sociais da saúde (Marmot, 2005). Segundo a constituição Portuguesa “é objectivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços” (*Lei n.º 48/90*, 1990).

Quando se trata de reduzir desigualdades devem ser tidos em conta aspectos como: aumentar o nível geral de educação; encorajar a igualdade de oportunidades; criar emprego e benefícios sociais; promover condições de habitação protegendo as minorias e grupos vulneráveis da discriminação e da exclusão social (Petersen e Kwan, 2011). Iniquidades sociais, má distribuição da riqueza, desemprego e a falta de coesão social podem criar um ambiente de desarmonia aumentando a vulnerabilidade dos indivíduos e consequentemente afectar a saúde da sociedade como um todo (Blas e Kurup, 2010).

As iniquidades em saúde oral são um espelho das iniquidades em saúde (Watt, 2007). O gradiente social é um fenómeno que ocorre em todas as doenças de saúde oral e mostra uma tendência para se manter com o tempo (Blas e Kurup, 2010). Devido à existência deste gradiente, os problemas orais tendem a aumentar na sua quantidade e gravidade quando há uma diminuição no nível socioeconómico (Lapresa; Barbero e Arizaleta, 2012).

Os padrões de saúde oral reflectem diferenças sistemáticas nos estilos de vida e perfis de risco que se relacionam com as condições em que as pessoas vivem, os factores ambientais e as diferenças nos acessos a serviços de saúde oral (Blas e Kurup, 2010). O estatuto socioeconómico no início de vida tem um grande efeito na saúde oral sendo um dos principais determinantes sociais relacionado com a utilização de serviços de saúde oral (Davoglio *et al.*, 2009; Levin e Currie, 2008).

O acesso a cuidados de saúde oral é um dos factores que mais contribui para a existência de um gradiente socioeconómico em saúde oral (Donaldson *et al.*, 2008), o que está de acordo com um estudo realizado no Brasil que conclui que o uso de serviços de saúde oral é menos frequente em indivíduos de níveis socioeconómicos mais baixos (Davoglio *et al.*, 2013).

A recomendação mais comum para uma consulta com um profissional de saúde oral (PSO) é que esta seja realizada de seis em seis meses (Anthonappa e King, 2008; Bader, 2005; Davenport *et al.*, 2003). Existem poucas revisões sobre o tema, de tal forma que em 2003 o National Institute of Clinical Excellence do Reino Unido na sua revisão apresentou como conclusão que não há evidência que suporte ou refute as idas bi-anuais a um PSO (Davenport *et al.*, 2003).

Neste contexto ainda existe uma incerteza sobre qual será o período óptimo de intervalo entre consultas de saúde oral para ser feito um despiste para os múltiplos problemas de saúde oral em dentição decídua, mista e permanente tendo em conta a variação individual da evolução dos problemas de saúde oral (Davenport *et al.*, 2003).

Na comunidade científica começa a haver um consenso sobre o abandonar um período fixo para a periodicidade das consultas de saúde oral, cabendo a regularidade das mesmas estar associada ao risco individual de cada paciente e ser estabelecida pelo PSO (Bader, 2005; Gussy; Bracksley e Boxall, 2013). Cada criança tem as suas necessidades o que faz com que os planos de tratamento difiram entre si, fazendo com que a periodicidade das consultas deva ser pensada de modo individual de acordo com o risco e necessidades de cada um, de modo a otimizar a sua efectividade tanto no tratamento como nos custos (Anthonappa e King, 2008). Para pacientes com uma idade inferior a 18 anos é recomendado que o período máximo entre visitas a um PSO não ultrapasse os 12 meses (NICE, 2004).

O acesso a cuidados de saúde oral na maior parte dos países Europeus é determinado pela proximidade geográfica a clínicas privadas, pelo preço cobrado nos tratamentos e pelo acesso de grupos particulares a serviços públicos (Pinilla e González, 2009).

De acordo com o modelo de Andersen para o acesso a cuidados de saúde, este depende de quem são as pessoas (as suas características individuais) e onde vivem (características da comunidade em que se inserem) pois o uso dos serviços

resulta da interacção dos factores individuais, do sistema de saúde, do contexto social, e da experiência passada no uso de serviços (Baldani *et al.*, 2011). O comportamento de procurar cuidados de saúde oral pode ser modificado pelas influências culturais (Chattopadhyay; Kumar e Green, 2003). Um estudo realizado em Portugal revelou que os hábitos de idas a consultas de medicina dentária eram significativamente mais frequentes nas áreas urbanas em comparação com as áreas predominantemente urbanas e rurais (Almeida *et al.*, 2003).

Dados recolhidos pelo Inquérito Mundial de Saúde em 2003 revelaram que a quantidade de tratamentos de saúde oral recebidos por indivíduo estava associada ao nível de rendimento em algumas regiões (Blas e Kurup, 2010). Esta conclusão está em concordância com a ideia de que o uso de serviços de saúde, incluindo serviços de saúde oral depende do nível socioeconómico, do ambiente onde os indivíduos estão inseridos e de factores individuais (Davoglio *et al.*, 2013). Algumas abordagens focadas na dinâmica de risco ao longo da vida sugerem que o estado socioeconómico das crianças na infância se relaciona com os seus comportamentos em saúde, como o acesso a consultas de saúde oral, o que vai determinar a saúde oral dos mesmos ao longo da vida (Lu *et al.*, 2011).

O tratamento tradicional das doenças orais é muito dispendioso, sendo o quarto grupo de doenças mais caro de tratar na maioria dos países desenvolvidos (Petersen *et al.*, 2005). A presença de doenças orais não tratadas tende a aumentar a sua gravidade com o tempo, sendo necessários tratamentos cada vez mais caros, o que reforça que uma intervenção atempada antes do seu desenvolvimento poderá reduzir os custos associados (Savage *et al.*, 2004). As visitas regulares a um PSO são muito importantes pois permitem que seja feita prevenção e eventual tratamento precoce dos problemas (Telford; Coulter e Murray, 2011). A evidência diz que consultas de saúde oral preventivas potenciam uma boa saúde oral e reduzem custos ao longo da vida (Rowan-legg, 2013) e são um bom indicador do estado de saúde oral de uma população (Isong e Weintraub, 2005).

As pessoas com um poder económico limitado podem não ser capazes de pagar para obter cuidados de saúde oral, em particular tratamentos preventivos ou tratamentos em estádios iniciais de doença (Blas e Kurup, 2010). Além da questão económica, o baixo nível socioeconómico também se associa a uma baixa escolaridade, prejudicando a compreensão do valor da saúde e o acesso a cuidados de saúde oral (Nourijelyani *et al.*, 2014), bem como o escovar os dentes ser visto por alguns indivíduos como um hábito sem importância, que é realizado por questões cosméticas e não pelos seus benefícios na saúde (Davies *et al.*, 2003).

Os comportamentos, atitudes, valores e conhecimentos das pessoas sobre saúde podem influenciar as suas percepções e uso de serviços saúde (Andersen, 1995). Hamasha *et al.*, (2006) no seu estudo sobre comportamentos em saúde oral entre diferentes níveis socioeconómicos encontraram uma relação estatisticamente significativa entre uma diminuição de visitas a um PSO nos grupos com um nível socioeconómico mais baixo.

Uma má saúde oral continua a ser um grande problema de várias populações em todo o mundo, particularmente nos grupos mais desfavorecidos (Blas e Kurup, 2010). As conclusões de um estudo levado a cabo por Donaldson *et al.*, (2008), mostram que o gradiente socioeconómico no número de dentes tratados é parcialmente explicado pelo acesso a serviços de saúde oral, e que por sua vez é determinado pelo nível socioeconómico e que reduzindo as barreiras associadas ao acesso regular a cuidados de saúde oral e promoção do uso dos mesmos de maneira regular nas classes económicas mais desfavorecidas pode reduzir a extensão das iniquidades. No caso de Portugal existe um acesso universal a cuidados de saúde primários, mais propriamente desde o ano de 2000, no campo da saúde oral. Este é feito através da contratualização e pela prestação de cuidados médico-dentários para alguns grupos da população (DGS, 2008). Assim, medidas que visem reduzir as desigualdades devem ser introduzidas no início da vida, uma vez que as disparidades nas idas a consultas de saúde oral em adultos reflectem a continuação dos hábitos adquiridos no início da vida (Listl, 2012).

Nos determinantes relacionados com o acesso a cuidados de saúde oral encontram-se, o tempo desde a última visita, a razão da última visita, ter seguro de saúde e não ter possibilidade de aceder a uma consulta nos 12 meses anteriores (Fisher-Owens *et al.*, 2007). O género também surge como um factor com influência para a ida a uma consulta de saúde oral (Okunseri *et al.*, 2013).

Apesar das significativas melhorias na saúde oral nas últimas décadas em todo o mundo, as iniquidades em saúde oral ainda são uma realidade (Watt, 2007). Na sétima Conferencia Global em Promoção da Saúde da OMS em Nairobi, foram definidas estratégias para a saúde oral entre as quais “O desenvolvimento de sistemas de saúde oral equitativos que levem a ganhos em saúde oral, respondendo às necessidades e preocupações dos indivíduos e que sejam financeiramente justos e acessíveis” (Petersen, 2011). No entanto, sabe-se que as iniquidades em saúde oral são preveníveis e podem ser evitáveis (Petersen, 2003). Para tal devem ser adoptadas estratégias que tenham em consideração o contexto socioeconómico e a relação com os factores de risco de modo a oferecer formas de promoção de saúde oral eficazes

para toda população (Blas e Kurup, 2010).

2.4. Programas de saúde oral em Portugal

O peso das doenças orais nas populações, pelos aspectos que têm vindo a ser referidos, justifica a existência de um programa de saúde dirigido especificamente para as doenças orais em Portugal. A pesquisa sobre os comportamentos relacionados com a saúde é do máximo interesse da saúde pública por múltiplas razões (Petersen, 2008).

2.4.1. “Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral”

Em Portugal, desde 1986 que a prevenção das doenças orais constitui um assunto pertinente ao qual a saúde pública sempre deu atenção. O primeiro programa de saúde oral em Portugal surgiu em 1986, intitulado de “Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar”. Em 1999 foi feita a revisão do programa de Saúde Oral em Saúde Escolar pela circular normativa n.º 6/DSE de 20/05/99 da Direcção Geral da Saúde, tendo passado a designar-se “Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes” (PPSOCA). O PSSOCA contava com procedimentos clínicos preventivos (aplicação de selantes de fissuras), tendo sido depois complementado com a prestação de serviços médico-dentários interventivos por contratualização (Circular Normativa nº 6/DSE, 1999).

Passados alguns anos, devido à Directiva Comunitária 2002/46/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 10/6 sobre o uso de fluoretos e a sua a toxicidade, houve a necessidade de uma revisão do programa, tendo sido mudado para o “Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), Despacho nº153/2005 (2º série)”, que actualmente se encontra em vigor. O actual PNPSO alia a promoção da saúde à prestação de cuidados, numa parceria público-privada, com competências claramente definidas, tendo por base a intervenção comunitária (Despacho nº153/2005, 2005). Além disso, o actual PNPSO distingue-se dos anteriores programas pelo facto das estratégias de intervenção irem para além da área da saúde escolar. Este programa tem como população-alvo vários grupos classificados como grupos de risco como as grávidas, crianças, adolescentes, idosos beneficiários do complemento solidário mínimo e portadores de HIV/SIDA, sendo a sua dimensão mais conhecida o cheque-dentista, em que os utentes podem receber

tratamentos médico-dentários consoante as suas necessidades e de acordo com critérios pré-estabelecidos.

Recentemente foi divulgado pela Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) em parceria com a DGS o alargamento do projecto Cheque-Dentista também para o tratamento de lesões de pré-cancro oral ou outras lesões com potencial de malignização e necessidade de intervenção precoce.

2.4.2.” III Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais”

Os estudos nacionais que foram feitos nos anos de 2000 e 2005 tiveram como objectivo a criação de um referencial sobre o estado de saúde oral dos jovens e crianças em Portugal. O estudo de 2000 procurou fazer o diagnóstico da prevalência de cárie dentária, e em 2005 foram investigadas outras doenças orais, bem como as suas prevalências e alguns determinantes associados.

O estudo de 2013 resulta das recomendações dos anteriores e pretende ter uma visão mais holística da saúde, tendo como fundamentação a abordagem sobre a perspectiva dos determinantes sociais da saúde. O III Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais é um estudo descritivo analítico transversal, que pretende ser representativo a nível nacional das cinco regiões de saúde do continente e das Regiões Autónomas dos Açores e Madeira, e avalia a situação da saúde oral nos indivíduos com 6, 12, 18, 35-44 e 65 ou mais anos. Neste estudo são explorados aspectos como doença (cárie, doença periodontal, trauma dentário, fluorose dentaria) e aspectos relacionados com comportamentos (frequências de escovagem, rotinas de comportamentos de saúde oral, acesso a acções de promoção de saúde oral, perfil de acesso a cuidados de saúde oral, hábitos dietéticos, auto-percepção da saúde oral, presença de dor e condicionalismos associados à mesma).

Para a realização deste trabalho de mestrado, que surge de uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a DGS, foi acordado focar a investigação apenas na coorte dos 12 anos.

Este grupo encontra-se inserido na classe dos adolescentes – jovens entre as idades de 10 e 19 anos – que são muitas vezes consideradas como um grupo saudável (WHO, 2014b). Durante a adolescência a influência da família e o ambiente familiar podem decrescer e outros factores externos como a escola, o grupo de pares e a própria cultura podem ganhar uma maior influencia (Jung *et al.*, 2010). Este grupo de idades foi escolhido por representar um período de vida muito importante no que se relaciona com aprender e manter comportamentos relacionados com a saúde que se

perpetuem até à idade adulta (Jessor, 1982). Os adolescentes acreditam que têm um papel significativo na prevenção de doenças orais, no entanto muitos acreditam que a perda de dentes é uma consequência natural da idade (Kanli *et al.*, 2007). Hábitos de saúde inadequados na fase da adolescência podem por vezes significar que o adolescente se sente incompreendido pelos seus pais e pode assumir uma postura de desinteresse pela sua aparência e auto cuidado como forma de protesto (Davoglio *et al.*, 2008).

Os adolescentes são um grupo da população que tem um grande potencial para ajudar a compreender as iniquidades em saúde pois permitem determinar a precedência temporal do nível socioeconómico no decorrer dos resultados em saúde ao longo da vida (Starfield *et al.*, 2002). Adicionalmente são um grupo que a médio prazo, com a devida informação e de modo saudável, poderá cooperar para o bem-estar da saúde comunitária e contribuir para reduzir algumas desigualdades sociais (DGS, 2008).

2.4.3. Saúde oral na saúde pública

A relevância atribuída aos problemas e complicações relacionadas com o complexo craniofacial, e a sua inclusão nas políticas de saúde nacionais, de modo activo e com algum tempo, demonstram e acentuam a importância da inclusão da saúde oral nas grandes medidas e estratégias da Saúde Pública. Como já foi descrito, muitas das complicações de saúde oral podem ser controladas e prevenidas com mudanças de comportamentos relacionados com os factores de risco (p. ex.: consumo de álcool, tabaco, higiene oral e nutrição inadequadas).

Uma das barreiras existentes na implementação de programas de saúde oral a nível comunitário prende-se com a preparação e formação dos profissionais de saúde em oposição às necessidades sentidas e às necessidades reais das pessoas (Paula *et al.*, 2013). Assim, a promoção da saúde deve ter por base os factores ambientais e as políticas de saúde devem ser reorientadas de modo a incorporar a saúde oral usando abordagens que a relacionem com os factores socioeconómicos (Paula *et al.*, 2013; Petersen e Kwan, 2004).

As abordagens a realizar precisam de ter um balanço entre os factores individuais e os ambientes sociais nos quais os comportamentos de saúde dos indivíduos são criados e mantidos (Watt, 2007).

A oportunidade de melhorar a saúde pública oral na Europa e reduzir os custos pela mudança de comportamentos nos hábitos de escovagem das populações deve ser um objectivo presente e com vista a alcançar (Eaton e Carlile, 2008).

3. Justificação do tema, finalidade e objectivos

Este tema foi escolhido pela abrangência, prevalência e incidência, assim como pela sua dimensão no campo da saúde oral, tornando-o num ponto onde a Saúde Pública pode e deve intervir, levando à melhoria do estado de saúde oral das populações.

Os problemas de saúde oral são um dos grupos de doenças em saúde pública cuja prevenção é mais fácil (Petersen, 2003). A saúde oral apresenta factores de risco comuns aos grandes grupos de doenças cardiovasculares, oncológicas, respiratórias e diabetes) sendo na sua maioria factores modificáveis relacionados com os estilos de vida como hábitos de higiene, tabagismo e alimentação (Petersen, 2009). A ideia de separar a cavidade oral do resto do corpo deve acabar, uma vez que os problemas da cavidade oral afectam a saúde geral causando dor, alterando a fala, a maneira de comer, a qualidade de vida e o bem-estar (Sheiham, 2005).

A literatura diz que o próximo passo é identificar as necessidades, sabendo o impacto dos factores sociais e económicos nas disparidades de saúde oral, projectando assim pontos apropriados de intervenção e serviços com uma resposta eficaz para as necessidades existentes (Treadwell e Ro, 2002). A relação entre a manifestação de más condições de saúde oral e os determinantes sociais é um tema com relevância para a investigação científica que ainda precisa de ser trabalhada e desenvolvida (Burt, 2005; Gabardo; Moysés e Moysés, 2013).

Em 2009, pela primeira vez na história da Comissão Global para os Determinantes da Saúde, o tópico da promoção da saúde oral recebeu especial atenção, com uma sessão dedicada ao tema, trazendo assim a saúde oral para uma agenda política superior (Petersen e Kwan, 2010).

Em Portugal, mesmo num clima de crise e austeridade, desde 2012 que a verba do orçamento de estado alocada ao Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral não foi alterada, mesmo havendo um alargamento a outros projectos: “Saúde Oral Crianças e Jovens de 16 anos” a partir de agosto de 2013 e o “Projecto de Intervenção Precoce no Cancro Oral”, a partir de Março 2014. Os outros programas já existentes mantiveram-se, tendo sido associados os novos programas. A promoção da saúde oral será sempre uma maneira de promover valores como a igualdade e a justiça (Commission on Social Determinants of Health, 2008).

A inexistência de muitos estudos que relacionem os factores socioeconómicos com comportamentos de rotinas de saúde oral e frequências de idas a consultas na

população portuguesa, onde se aborda os determinantes sociais da saúde, foi outra das razões para a escolha deste tema.

Este estudo pretende contribuir para a melhoria da saúde oral das populações, em particular em relação aos comportamentos de rotinas de saúde oral, frequências de idas a consultas, auto avaliação do estado de saúde oral e presença de dor, e com enfoque nas iniquidades em saúde oral.

Para este trabalho de projecto foram definidos quatro objectivos:

- 1.Caracterização de diversos parâmetros relacionados com a frequência de comportamentos de rotinas diárias de higiene oral (frequência de escovagem, utilização de produtos fluoretados de auto-aplicação, utilização de fita/fio dentário) e a associação destes parâmetros com os factores sociodemográficos;
- 2.Caracterização de diversos parâmetros relacionados com a frequência de consultas de saúde oral (frequência de visitas ao profissional de saúde oral no último ano, motivo da última visita, realização ou não de uma visita a um profissional de saúde oral) e a associação destes parâmetros com os factores sociodemográficos;
- 3.Caracterização do estado de saúde oral auto-reportado e identificação dos factores sociodemográficos associados ao mesmo;
- 4.Caracterização da presença de dor na cavidade oral e identificação dos factores sociodemográficos associados à mesma.

4. Materiais e Métodos

4.1. População e amostra

Este estudo encontra-se inserido no III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, apresentado no ponto 2.4.2.

A população deste estudo abrange todos os indivíduos de 12 anos residentes em Portugal que frequentam a escola (ensino público ou privado).

Foi feita uma amostra aleatória, calculada pelas Divisões Estatísticas da Saúde e Epidemiologia da Direcção-Geral da Saúde, tendo como base o número de pessoas residentes em cada uma das Regiões de Saúde e Regiões Autónomas e, no caso dos jovens com 12 anos, a prevalência de cárie dentária obtida no II ENPDO. A amostra é constituída por 1309 indivíduos com 12 anos de idade, residentes em Portugal Continental e Ilhas e que frequentem o ensino escolar privado ou público. A constituição da amostra representativa a nível regional, apresentada na tabela 1, tem uma precisão regional de 7%, garantindo uma precisão final da estimativa nacional de cerca de 2.5%.

Tabela 1 - Constituição da amostra representativa a nível regional e nacional

Idade	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	RA Açores	RA Madeira	Total Amostra
12 Anos	192	192	192	184	184	183	182	1309

A determinação dos locais e número de alunos a entrevistar e observar em cada local foi realizada em etapas sucessivas. Após a selecção das escolas, foram seleccionadas aleatoriamente as turmas onde existiam pelo menos 80% de alunos nascidos no ano de 2000 ou 2001 e por fim foram escolhidos os participantes. A recolha de dados foi efectuada em 73 escolas públicas e privadas e os alunos que participaram foram previamente autorizados pelos Encarregados de Educação, no período entre Outubro de 2012 e Junho de 2013.

4.2. Tipo de estudo

O estudo é do tipo observacional, transversal e analítico.

4.3. Fontes de Informação

Para a realização do estudo foram utilizados alguns dados recolhidos pela Direcção Geral de Saúde no ano de 2012/2013 referentes ao III Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais (ENPDO), da equipa do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) da Direcção Geral de Saúde, como foi descrito no ponto 2.4.2. Os dados utilizados são provenientes de um questionário (anexo 1) aplicado numa entrevista aos participantes onde são contempladas questões relativamente à caracterização sociodemográfica, comportamentos de rotinas de saúde oral, frequência e motivos de idas a consultas de saúde oral, hábitos alimentares e questões relacionadas com qualidade de vida. Importa referir que para a realização deste trabalho específico, não foram utilizados alguns dados.

Para a construção do questionário utilizaram-se questões do Inquérito Nacional de Saúde, do inquérito efectuado no Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais, publicado em 2008, do Eurobarómetro (Edição Especial, nº330 – Report Oral Health, February 2010) e do European Global Oral Health – Indicators Development Programme (Health Surveillance in Europe – Oral Health Interviews and Clinical Surveys: Guidelines). As respostas ao questionário foram obtidas através de entrevista presencial. Os elementos das equipas de recolha de dados tiveram acesso a um guião, onde constavam todas as perguntas e respectivas opções de resposta, além de sugestões, caso houvesse dúvidas da parte do entrevistado relativamente à resposta.

Para caracterizar o nível socioeconómico foram usados os dados referentes ao género, escolaridade e actividade laboral dos pais, tipo de zona de residência e região de saúde. No domínio dos comportamentos em saúde oral foram observados os seguintes aspectos: frequência de escovagem diária, uso de dentífrico fluoretado, uso de outros produtos de auto-aplicação com flúor e uso de fio/fita dentária. No aspecto que se relaciona com as frequências de idas a consultas saúde oral foram analisados os aspectos: ter ido alguma vez a uma consulta com um PSO, razão para a ida à última consulta, última vez que foram a uma consulta e quantas vezes foram nos últimos 12 meses. Foram também usados dados sobre a auto-percepção dos participantes sobre a sua saúde oral e sobre a presença de dor na cavidade oral.

Os dados utilizados são referentes à coorte de 12 anos (n=1309), cuja recolha de dados foi realizada em Portugal continental e ilhas, segundo a divisão das Nuts II, no período de tempo entre Outubro de 2012 e Junho de 2013, por equipas constituídas por Higienistas Orais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ao serviço do PNPSO e Médicos Dentistas da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), docentes das Faculdades e Institutos que ministram o curso de Medicina Dentária em Portugal.

4.4. Operacionalização das variáveis

Nas tabelas seguintes (2 a 5) apresentam-se os quadros de operacionalização das variáveis relativamente às características sociodemográficas, comportamentos de rotinas diárias de higiene oral, frequências e motivos de idas a consultas de saúde oral e auto-avaliação do estado de saúde oral e percepção de dor.

Tabela 2 - Quadro de operacionalização de variáveis sociodemográficas

Variáveis Sócio Económicas	Variável	Tipo de Variável	Valores /Classes
	Região de Saúde	Nominal	1. ARS Norte 2. ARS Centro 3. ARS LVT 4. ARS Alentejo 5. ARS Algarve 6. RA Açores 7. RA Madeira
	Área de Residência	Nominal	1. Predominantemente Rural 2. Mediamente Urbana 3. Predominantemente Urbana
	Sexo	Nominal	1. Masculino 2. Feminino
	Nível de Escolaridade da Mãe	Ordinal	1. Até ao Básico (9º inclusive) 2. Secundário (do 10º ao 12º ano) 3. Ensino Superior 4. Não sabe / Não tem a certeza 5. Não responde
	Nível de Escolaridade do Pai ¹	Ordinal	1. Até ao Básico (9º inclusive) 2. Secundário (do 10º ao 12º ano) 3. Ensino Superior 4. Não sabe / Não tem a certeza 5. Não responde
	Actividade laboral da mãe nos últimos 12 meses ¹	Nominal	1.Trabalhadora 2.Desempregada 3.Doméstica 4.Outros 5.Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
	Actividade laboral do pai nos últimos 12 meses ¹	Nominal	1. Trabalhador 2. Desempregado 3. Outros 4. Não sabe / Não tem a certeza 5. Não responde
1.Variáveis secundárias definidas com base em agrupamentos de variáveis originais.			

Em algumas variáveis foi necessário proceder ao agrupamento de classes, nos casos em que as classes tinham pouca representatividade, o que provocou alguns condicionalismos na análise dos dados e consequentemente nos resultados obtidos.

Tabela 3 - Quadro de operacionalização de variáveis relacionadas com comportamentos de rotinas diárias de higiene oral

Comportamentos de rotinas de higiene oral	Variável	Tipo de Variável	Valores /Classes
	Quantas vezes escova os dentes ¹	Ordinal	1. Nunca 2. 1 vez por semana 3. Algumas vezes por semana 4. 1 vez por dia 5. 2 ou mais vezes por dia 6. Não sabe / Não tem a certeza 7. Não responde
	A pasta que usa tem flúor	Nominal	1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não tem a certeza 4. Não responde
	Usa mais algum produto com flúor ¹	Nominal	1. Comprimidos e Bochecho 2. Bochecho 3. Outro 4. Não 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
	Usa fio/fita dentária	Ordinal	1. 1 ou mais vezes por dia 2. Algumas vezes por semana 3. Algumas vezes por mês 4. Não 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
1)Variáveis secundárias definidas com base em agrupamentos de variáveis originais			

Tabela 4 - Quadro de operacionalização de variáveis relacionadas com as frequências e motivos de idas a consultas de saúde oral

Frequência e motivos de idas a consultas de saúde oral	Variável	Tipo de Variável	Valores /Classes
	Já foi a uma consulta com um profissional de saúde oral? (estomatologista, médico dentista ou higienista oral)	Nominal	1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não tem a certeza 4. Não responde
	Há quanto tempo foi a uma consulta com um profissional de saúde oral ¹⁾	Ordinal	1. Menos de 1 ano 2. Mais de 1 ano e menos de 2 3. Mais de 2 anos 4. Não sabe / Não tem a certeza 5. Não respondeu
	Quantas vezes, nos últimos 12 meses, visitou o profissional de saúde oral	Ordinal	1. Nenhuma vez 2. 1 vez 3. 2 vezes ou mais 4. Não sabe / Não tem a certeza 5. Não responde
	Motivo da última consulta: Aplicação de selantes	Nominal	0. Não 1. Sim
	Motivo da última consulta: Vigilância/Rotina	Nominal	0. Não 1. Sim
	Motivo da última consulta: Ortodontia	Nominal	0. Não 1. Sim
	Motivo da última consulta: Tratamento de dentes	Nominal	0. Não 1. Sim
	Motivo da última consulta: Extracção	Nominal	0. Não 1. Sim
	Motivo da última consulta: Aplicação tópica de flúor	Nominal	0. Não 1. Sim
	Motivo da última consulta: Destartarização	Nominal	0. Não 1. Sim
	Motivo da última consulta: Polimento	Nominal	0. Não 1. Sim
	Motivo da última consulta: Urgência	Nominal	0. Não 1. Sim
1) Variáveis secundárias definidas com base em agrupamentos de variáveis originais			

Tabela 5 - Quadro de operacionalização de variáveis relacionadas com a auto-apreciação de saúde oral e presença de dor na cavidade oral

	Variável	Tipo de Variável	Valores /Classes
Auto-Percepção	De uma maneira geral como considera o seu estado de saúde e dos seus dentes?	Ordinal	1.Muito bom 2.Bom 3.Razoavel 4.Mau 5.Muito mau
	Nos últimos 12 meses sentiu dores de dentes, gengivas doridas ou feridas na boca?	Ordinal	1.Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde

Para responder aos objectivos foram definidas quatro variáveis centrais neste estudo, resultantes das apresentadas nas tabelas anteriores:

- Frequência de escovagem - binarizada em “Potencialmente Inadequado” (escova uma vez ou menos por dia) e “Potencialmente Adequado” (escova duas ou mais vezes por dia).
- Frequência de idas a consultas de saúde oral nos últimos 12 meses – binarizada em “Potencialmente Inadequado” (última visita há mais de 12 meses) e “Potencialmente Adequado” (última visita à 12 meses ou menos).
- Auto-percepção do estado de saúde oral – binarizada em “Adequado” (muito bom/bom/razoável) e “Inadequado” (mau/muito mau).
- Presença de dor na cavidade oral – binarizada em “Presença de dor” (muitas vezes/às vezes) e “Ausência de dor” (raramente/nunca).

4.5. Análise e tratamento de dados

A análise de dados foi realizada no software de estatística SPSS (v.20.0; SPSS Inc, Chicago, IL). A análise inferencial será baseada num nível de significância de 5%.

Inicialmente serão apresentadas estatísticas descritivas com medidas de tendência central, de dispersão, tabelas e gráficos (nomograma). Posteriormente para análise e caracterização das diferentes associações em estudo serão aplicados testes de independência do qui-quadrado (com correcção de continuidade, se aplicável) e o teste exacto de Fisher. Em alguns casos onde as condições de aplicabilidade não foram satisfeitas optou-se por não agrupar classes, porque este agrupamento condicionava a interpretação dos resultados em termos substantivos. Os valores p

respectivos encontram-se sinalizados com a nomenclatura p^* , podendo apenas ser vistos como indicativos e cujos resultados devem ser futuramente avaliados em estudos de maior dimensão.

Para a determinação de odds ratios (OR) brutos e ajustados e respectivos intervalos de confiança foram utilizadas regressões logísticas binárias (método enter e forward LR). A qualidade e ajustamento dos modelos foram avaliados pelos testes de *Hosmer and Lemeshow*, Coeficiente de *Nagelkerke R Square*, área abaixo da curva ROC, especificidade, sensibilidade e precisão. Para o desenvolvimento do modelo de regressão logística binária foram criadas novas variáveis como descrito no ponto 4.4. Apenas é apresentado o modelo de regressão multivariada no caso em que este apresentou uma capacidade discriminatória relevante (estatística $C \geq 0.65$). Neste modelo, para a frequência de escovagem diária, foi aferido qual o valor de corte correspondente ao melhor modelo matemático e à melhor decisão em termos substantivos, tendo-se optado por valorizar mais os falsos positivos que os falsos negativos. Os resultados do modelo final também foram apresentados na forma de nomograma, sendo este uma representação gráfica de um modelo estatístico preditivo que gera uma probabilidade numérica da possibilidade de ocorrência de um evento clínico (Iasonos *et al.*, 2008). O nomograma apresenta uma escala de 1 a 100 pontos, cuja soma dos vários factores aos quais o indivíduo está ou não exposto irão determinar a probabilidade de dado evento clínico incorrer em determinado indivíduo.

4.6. Limitações e vieses

Uma das limitações deste estudo prende-se com o facto de o questionário utilizado não ter sido submetido a um processo de validação formal. O facto de os dados se tratarem de dados auto-reportados e não observados, confere-lhes alguma subjectividade que pode causar um viés.

A existência de viés de memória, uma vez que na entrevista são feitas perguntas sobre acontecimentos passados, pode ser agravada pelo facto de ser uma população jovem que frequentemente é associada a uma fraca capacidade de reproduzir os acontecimentos passados ou específicos (adolescentes). A existência de um viés de desejabilidade social, que se relaciona com o facto de os participantes responderem às questões de maneira a darem as respostas mais correctas ainda que estas possam não estar de acordo com a realidade. Também foram detectados a presença de valores omissos em algumas perguntas que podem condicionar algumas

análises (p. ex.: na escolaridade do pai foram detectadas 202 não respostas, 15.4% em 1309).

5.Resultados

5.1. Caracterização da amostra

As características sociodemográficas da amostra em estudo encontram-se descritas na tabela 6.

Tabela 6 - Estatísticas descritivas das variáveis sociodemográficas

Variável	Frequência (n)	Percentagem (%)
Género		
Masculino	594	45.4
Feminino	715	54.6
Região de Saúde		
ARS Norte	192	14.7
ARS Centro	192	14.7
ARS LVT	192	14.7
ARS Alentejo	184	14.1
ARS Algarve	184	14.1
RA Açores	183	14.0
RA Madeira	182	13.9
Zona de Residência		
Predominantemente Rural	262	20.0
Mediamente Urbana	371	28.3
Predominantemente Urbana	676	51.6
Escolaridade da Mãe		
Até a Ensino Básico (9ºano)	555	47.8
Ensino Secundário	383	33.0
Ensino Superior	224	19.3
Escolaridade do Pai		
Até ao Ensino Básico (9ºano)	644	58.2
Ensino Secundário	291	26.3
Ensino Superior	172	15.5
Actividade Laboral da Mãe		
Trabalhadora	968	74.5
Desempregada	193	14.9
Doméstica	119	9.2
Outros	19	1.5
Actividade Laboral do Pai		
Trabalhador	1077	84.7
Desempregado	153	12.0
Outros	41	3.2

A amostra deste estudo foi constituída por 1309 indivíduos de 12 anos, dos quais 54.6% (n=715) são do género feminino. A distribuição pelas regiões de saúde é muito equilibrada (em termos absolutos), conforme desenhado no plano de amostragem, sendo que as regiões do Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo apresentam uma maior frequência com 14.7% (n=192). Relativamente à zona de residência, a maioria dos participantes, cerca de 51.6% (n=676), vivem em zonas predominantemente urbanas, com uma menor percentagem a habitar zonas mediantemente urbanas e predominantemente rurais (n=371 e n=262 respectivamente).

No que diz respeito à escolaridade da mãe 47.8% (n=555) apenas frequentou o ensino básico, seguido de 33% (n=383) e 19.3% (n=224) com o ensino secundário e superior respectivamente, como se pode observar na tabela 6. Sobre a escolaridade do pai, apenas 15.5% (n=172) completaram um grau do ensino superior, seguido de 26.3% (n=291) e 58.2% (n=644) que frequentaram os ensinos secundário e básico, respectivamente. Relativamente à ocupação da mãe, 74.5% (n=968) encontram-se em situação laboral activa, 9.2% (n=119) são domésticas e 14.9% (n=193) desempregadas. Cerca de 84.7% (n=1077) dos pais encontram-se a trabalhar, e 12% (n=153) estão no desemprego.

5.1.1. Características sociodemográficas: amostra vs. população

No sentido de comparar as características da amostra com a população, num contexto de validade externa, foram comparadas as actividades laborais e níveis de escolaridade dos pais dos participantes no estudo com os resultados dos Censos 2011.

Há uma maior proporção de homens empregados do que de mulheres em quase todos os grupos etários, o que também se observa na amostra com 74.5% (n=968) mulheres trabalhadoras em comparação com 84.7% (n=1077) de homens na mesma situação (INE, 2012). Neste estudo relativamente ao desemprego pode observar-se uma maior percentagem de mulheres desempregadas 14.9% (n=193) relativamente aos homens 12% (n=153). Comparando com os censos de 2011, o número de desempregados situava-se nos 662 180 indivíduos, o que corresponde a uma taxa de desemprego de 13,2%. O desemprego nas mulheres, é superior aos dos homens, respectivamente 13,8% e 12,6% (INE, 2012).

No que diz respeito ao ensino superior, segundo os dados nacionais de 2011, existiam 12% (1 244 742 indivíduos), na sua maioria mulheres (INE, 2012). Na

amostra do estudo verifica-se uma tendência análoga, com uma percentagem superior de mulheres com frequência no ensino superior 19.3% (n=224) comparativamente com os homens, 15.5% (n=172).

Relativamente à idade e ao género dos adolescentes em estudo não foi possível estabelecer este tipo de análise por falta de informação disponível sobre esta faixa etária específica.

Considerando as características referidas, e o facto da faixa etária dos pais ser supostamente mais estreita (pais de crianças com 12 anos), assume-se que esta amostra não apresenta desfasamentos consideráveis em relação à população nacional.

5.2. Comportamentos de rotinas diárias de higiene oral

Na tabela 7 pode observar-se as frequências de comportamentos de rotinas de higiene oral diárias.

Tabela 7 - Estatísticas descritivas das variáveis relacionadas com comportamentos de rotinas diárias de saúde oral

Variável	Frequência (n)	Percentagem (%)
Frequência de Escovagem		
1 ou menos vezes por semana	37	2.8
Algumas vezes por semana	87	6.6
1 vez por dia	261	19.9
2 ou mais vezes por dia	924	70.6
Uso de dentífrico fluoretado		
Sim	890	95.8
Não	39	4.2
Uso de mais complementos de flúor		
Comprimidos e bochecho	1	0.1
Bochecho	390	31.6
Outro	5	0.4
Não	837	67.9
Uso de fio ou fita dentária		
1 ou mais vezes por dia	71	5.5
Algumas vezes por semana	182	14.0
Algumas vezes por mês	154	11.8
Não	893	68.7

Cerca de 70.6% (n=924) dos indivíduos reportaram escovar os dentes duas ou mais vezes por dia, e 19% (n=261) afirmaram escovar apenas uma vez por dia. Em 95.8% (n=890) dos casos, a escovagem foi reportada como sendo efectuada com um dentífrico fluoretado. Quanto à utilização de outros produtos de auto-aplicação com flúor, a maior escolha recai para o uso de um bochecho por cerca de 31.6% (n=390). O uso de fio dentário é apenas feito de modo regular (considerando regular uma vez por dia) por 5.5% (n=71) dos inquiridos, sendo que 68.7% (n=893) não usa fio ou fita dentária.

Quando se procurou analisar as associações entre as características sociodemográficas e alguns parâmetros relacionados com os comportamentos diários de rotinas de higiene oral foram encontradas algumas relações com significância estatística (tabela 8).

Tabela 8 - Principais associações entre variáveis sociodemográficas e variáveis associadas a comportamentos de rotinas de higiene oral diárias

Rotinas de higiene oral diárias	Género	ARS	Zona de Residência	Esc. da mãe	Esc. do Pai	Act. Laboral da Mãe	Act. Laboral do Pai
Frequência de escovagem	p<0.001	p=0.007	p=0.001	p<0.001	p<0.001	p=0.007	p<0.001
Uso de dentífrico fluoretado	p=0.024	p=0.044	p=0.320	p=0.199	p=0.266	p=0.440	p=0.985
Uso de outros produtos de fluor de auto-aplicação	p=0.874*	p=0.294*	p<0.001*	p=0.304*	p=0.304*	p=0.01*	p=0.917
Uso de fio/fita dentária	p=0.012	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p=0.177	p=0.429
*Valor indicativo pois os pressupostos de aplicabilidade para o teste do Qui-Quadrado não se verificam.							

O uso de um dentífrico fluoretado mostrou ter relação estatisticamente significativa com o género (p=0.024) e com a ARS (p=0.044). Quanto ao uso de fio ou fita dentária, também foram verificadas associações com significância estatística (p<0.05) para todas as características sociodemográficas, com excepção da actividade laboral da mãe e do pai (p=0.177; p=0.429, respectivamente). A variável relacionada

com a frequência de escovagem apresentou uma relação estatisticamente significativa ($p < 0.05$) para todas as variáveis sociodemográficas.

A análise detalhada das associações com a variável frequência de escovagem, uma das variáveis principais deste estudo encontra-se na tabela 9. Nesta análise a variável encontra-se dicotomizada, considerando as classes potencialmente adequado e potencialmente inadequado como descrito no capítulo nos materiais e métodos, no ponto 4.4.

Tabela 9 - Associação entre a frequência de escovagem diária e variáveis sociodemográficas

	Potencialmente Inadequado (escova 1 ou menos x por dia)	Potencialmente Adequado (escova 2 ou mais x por dia)	p value
Sexo			
Masculino	217 (36.5%)	377 (63.5%)	p<0.001
Feminino	168 (23.5%)	547 (76.5%)	
Região de Saúde			
ARS Norte	61 (32.8%)	131 (68.4%)	p=0.305
ARS Centro	56 (29.2%)	136 (70.8%)	
ARS LVT	59 (30.7%)	133 (69.3%)	
ARS Alentejo	54 (29.3%)	130 (70.7%)	
ARS Algarve	41 (22.3%)	143 (77.7%)	
RA Açores	52 (28.4%)	131 (71.6%)	
RA Madeira	62 (34.1%)	120 (65.9%)	
Área de residência			
Predominantemente Rural	99 (37.8%)	163 (62.2%)	p<0.001
Medianamente Urbana	122 (32.9%)	249 (67.1%)	
Predominantemente Urbana	164 (24.3%)	512 (75.7%)	
Escolaridade Mãe			
Até ao Básico	206 (37.1%)	349 (62.9%)	p<0.001
Secundário	81 (21.1%)	302 (78.9%)	
Ensino Superior	46 (20.5%)	178 (79.5%)	
Escolaridade Pai			
Até ao Básico	223 (34.6%)	421 (65.4%)	p<0.001
Secundário	63 (21.6%)	228 (78.4%)	
Ensino Superior	28 (16.3%)	144 (83.7%)	
Actividade Mãe			
Trabalhadora	264 (27.3%)	704 (72.7%)	p= 0.011
Desempregada	68 (35.2%)	125 (64.8%)	
Doméstica	45 (37.8%)	74 (62.2%)	
Outros	3 (15.8%)	16 (84.2%)	
Actividade Pai			
Trabalhador	285 (26.6%)	792 (73.5%)	p<0.001
Desempregado	66 (43.1%)	87 (56.9%)	
Outros	17 (41.5%)	24 (58.5%)	

Quanto à frequência de escovagem, neste estudo observou-se que 70.6% (n=924) escovam duas ou mais vezes por dia e 29.4% (n=385) revelam escovar uma ou menos vezes por dia.

É possível observar-se que, com excepção da região de saúde, a frequência de escovagem se encontra estatisticamente associada ($p<0.05$) com todas as variáveis sociodemográficas.

Os indivíduos do género masculino tendem a adoptar comportamentos menos adequados no que diz respeito à frequência de escovagem quando comparados com o género feminino, 36.5% ($n=217$) e 23.5% ($n=168$), respectivamente.

Quanto à área de residência, 37.8% ($n=99$) dos que habitam zonas predominantemente rurais reportam comportamentos potencialmente inadequados e 24.3% ($n=164$) dos que vivem em zonas predominantemente urbanas reportam o mesmo (tabela 9). O inverso é observado nos habitantes das zonas predominantemente urbanas (75.7%; $n=512$), podendo constatar-se uma maior percentagem de indivíduos que adoptam comportamentos potencialmente adequados comparando com os que vivem em zonas predominantemente rurais (62.2%; $n=163$).

Em relação aos comportamentos relacionados com a escovagem em função da escolaridade da mãe, constata-se que existe uma maior fracção de indivíduos com comportamentos potencialmente inadequados, 37.1% ($n=206$) com mães que têm até ao ensino básico em comparação com 20.5% ($n=46$) cujas mães frequentaram o ensino superior. Adolescentes cujas mães têm o ensino secundário ou superior, reportam percentagens mais elevadas de rotinas potencialmente adequadas de escovagem dos dentes (tabela 9). O mesmo fenómeno pode ser observado quando se analisam os dados relativos à escolaridade do pai. Estas relações entre o nível de escolaridade dos pais são estatisticamente significativas com a frequência de escovagem ($p<0.05$).

Filhos de mães trabalhadoras tendem maioritariamente a adoptar comportamentos mais adequados (72.7%; $n=704$) do que comportamentos menos adequados, com 27.6% ($n=264$). Quando a ocupação das mães é “desempregada” ou “doméstica” também se pode constatar-se uma maior percentagem de comportamentos potencialmente adequados com 64.8% ($n=125$) e 62.2% ($n=74$), quando comparados com os potencialmente inadequados, 35.2% ($n=68$) e 37.8% ($n=45$) respectivamente, tendo sido observada uma associação estatisticamente significativa ($p<0.05$). Relativamente à actividade laboral do pai, também aqui a maior percentagem de comportamentos potencialmente adequados associados à escovagem se encontra concentrado naqueles cujos pais são trabalhadores com 73.5% ($n=792$), com uma relação estatisticamente significativa ($p<0.001$).

Para medir a magnitude da associação entre os possíveis factores de risco e a adopção de comportamentos potencialmente inadequados relacionados com a frequência de escovagem apresenta-se na tabela 10 os valores de OR brutos,

ajustados para o género e o modelo final usando modelos de regressão logística binários (Método: enter e forward LR).

Tabela 10 - Factores associados com a frequência de escovagem potencialmente inadequada (1 ou menos vezes por dia)

	OR Bruto (IC 95%)	OR Ajustado ^b (IC 95%)	Modelo Final (Forward LR) (IC 95%)
Sexo			
Masculino	1.874(1.474-2.383)		2.088(1.574-2.770)
Feminino ^a			
Região de Saúde			
ARS LVT ^a			
ARS Norte	1.050(0.682-1.616)	1.044(0.674-1.615)	
ARS Centro	0.928 (0.600-1.437)	0.936(0.602-1.457)	
ARS Alentejo	0.936 (0.602-1.456)	0.888(0.568-1.388)	
ARS Algarve	0.646 (0.407-1.027)	0.606(0.379-0.968)	
RA Açores	0.895 (0.574-1.395)	0.828(0.528-1.299)	
RA Madeira	1.165 (0.755-1.797)	1.143(0.737-1.772)	
Área de residência			
Predominantemente Rural	1.896 (1.397-2.574)	1.953 (1.434-2.661)	1.800 (1.253–2.587)
Medianamente Urbana	1.530 (1.155-2.022)	1.518 (1.145-2.012)	1.516 (1.093-2.103)
Predominantemente Urbana ^a			
Escolaridade Mãe			
Até ao Básico	2.284 (1.582-3.297)	2.395(1.615-3.474)	2.112(1.408 – 3.168)
Secundário	1.038 (0.691-1.558)	1.054(0.699-1.590)	1.010 (0.649-1.571)
Ensino Superior ^a			
Escolaridade Pai			
Até ao Básico	2.724 (1.761 -4.213)	2.795(1.800-4.314)	
Secundário	1.421 (0.869-2.323)	1.391(0.847-2.284)	
Ensino Superior ^a			
Actividade Mãe			
Trabalhadora ^a			
Desempregada	1.451 (1.046-2.013)	1.462 (1.050-2.037)	
Doméstica	1.622 (1.091-2.411)	1.650 (1.105-2.466)	
Outros	0.500(0.145-1.730)	0.488 (0.140-1.704)	
Actividade Pai			
Trabalhador ^a			
Desempregado	2.108 (1.489-2.984)	2.194 (1.542-3.121)	1.938(1.280-2.934)
Outros	1.968 (1.042-3.718)	2.102 (1.103-4.006)	1.573 (0.680-3.635)
^a Classe de referência; ^b Ajustado ao sexo.			

Para o género, os rapazes apresentam uma probabilidade de quase duas vezes mais (OR=1.874; IC95%; 1.474-2.383) de escovarem menos os dentes quando comparados com as raparigas. Relativamente à região de saúde, quando feito o ajustamento para o género, podemos constatar que residir na região do Algarve poderá ser um factor protector, isto é promove hábitos saudáveis de saúde oral (OR=0.606; IC95%:0.379-0.968).

A zona de residência revelou ser um factor com expressão na frequência de escovagem diária, sendo que quem vive em zonas predominantemente rurais (OR=1.896; IC95%: 1.397-2.574) e em zonas mediantemente urbanas (OR=1.530; IC95%: 1.155-2.022) tende a escovar com menos frequência em comparação com quem habita em zonas predominantemente urbanas (tabela 10). Quando se procede ao ajustamento para o género, observamos um aumento da probabilidade de adoptar comportamentos potencialmente inadequados por parte de quem vive em zonas predominantemente rurais (OR=1.953; IC95%:1.434-2.661) e uma ligeira diminuição para quem habita zonas mediantemente urbanas (OR=1.518; IC95%: 1.145-2.012) em comparação com habitantes de zonas predominantemente urbanas.

Outro aspecto que se revelou relevante na adopção de comportamentos de saúde oral foi o nível de escolaridade dos pais dos participantes. Relativamente à escolaridade da mãe, o facto de esta ter frequentado o ensino básico duplica a probabilidade da prática de comportamentos potencialmente inadequados quando comparando com mães com frequência no ensino superior (OR= 2.284; IC95%: 1.582-3.297) e (OR ajustado= 2.395; IC95%: 1.615-3.474). Resultados semelhantes foram encontrados para a escolaridade do pai, filhos de pais que frequentaram apenas até ao ensino básico apresentam mais do dobro das hipóteses de incorrerem em comportamentos potencialmente inadequados quando comparados com filhos de pais que frequentaram o ensino superior (OR= 2.724; IC95%: 1.761 -4.213) e (OR= 2.795; IC95%: 1.800-4.314).

Face à ocupação da mãe, pode observar-se que os jovens filhos de mães desempregadas ou domésticas apresentam mais hipóteses de terem comportamentos potencialmente inadequados relativamente à escovagem quando comparados com filhos de mães trabalhadoras (OR= 1.451; IC95%: 1.046-2.013) e (OR= 1.622; IC95%:1.091-2.411), respectivamente. Aquando feito o ajustamento para o género, continua a observar-se a mesma tendência para filhos de mães domésticas (OR= 1.462; IC95%: 1.050-2.037) e desempregadas (OR= 1.650; IC95%: 1.105-2.466) em comparação com filhos de mães trabalhadoras. A actividade laboral do pai também se relaciona com a adopção de comportamentos ligados à escovagem. Filhos de pais desempregados apresentam duas vezes mais probabilidade de adoptar

comportamentos menos adequados em comparação com filhos de pais trabalhadores (OR= 2.108; IC95%: 1.489-2.984) e (OR ajustado: 2.194; IC95%: 1.542-3.121).

O modelo final, num contexto multivariado para caracterizar a frequência da escovagem diária foi determinado através do método Forward LR e considerando todas as variáveis anteriormente apresentadas. Mostraram-se estatisticamente significativas as variáveis sexo, área de residência, escolaridade da mãe e actividade do pai, com coeficientes semelhantes aos identificados nos OR ajustados.

Assim, no modelo final, podemos constatar que a tendência se mantém, onde os rapazes apresentam uma maior probabilidade de adoptar hábitos potencialmente inadequados (OR= 2.088; IC95%: 0.574-2.770), e viver numa zona predominantemente urbana promove uma prática de melhores comportamentos de saúde oral face a residir numa zona predominantemente rural (OR=1.800; IC95%:1.253-2.587) ou numa zona mediantemente urbana (OR=1.516; IC95%:1.093-2.103). Em relação à escolaridade da mãe foi determinado um OR para as mães com o ensino básico (OR= 2.112; IC95%: 1.408-3.168) tendo como classe de referência o ensino superior. Também a actividade do pai mostrou valores semelhantes às análises anteriores (OR= 1.938; IC95%: 1.280-2.934). Este modelo obteve uma especificidade de 59.7%, sensibilidade de 69.4% e precisão de 62.4%. O valor de corte correspondente ao melhor modelo matemático foi de 0.26. A qualidade e o ajustamento do modelo foram analisados através do teste de Hosmer and Lemeshow com um valor de 0.293 e Coeficiente de Nagelkerke R Square foi de 0,11 revelando um ajustamento fraco. A área abaixo da curva ROC foi de 0.65 (IC 95%: 0.630-0.700) o que representa um modelo com discriminação fraca (figura 3).

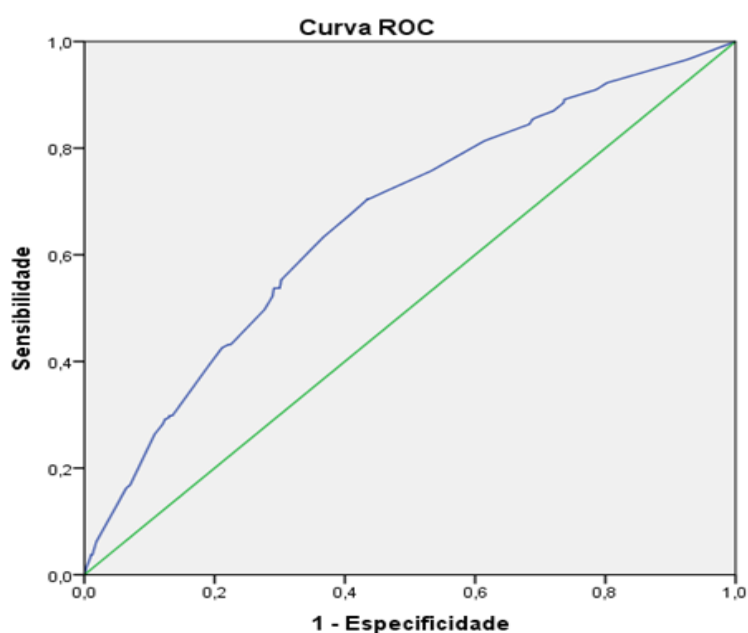


Figura 3 - Gráfico da área abaixo da curva ROC para a frequência de escovagem

Os coeficientes deste modelo final são apresentados sob a forma de nomograma conforme explicitado na secção materiais e métodos.

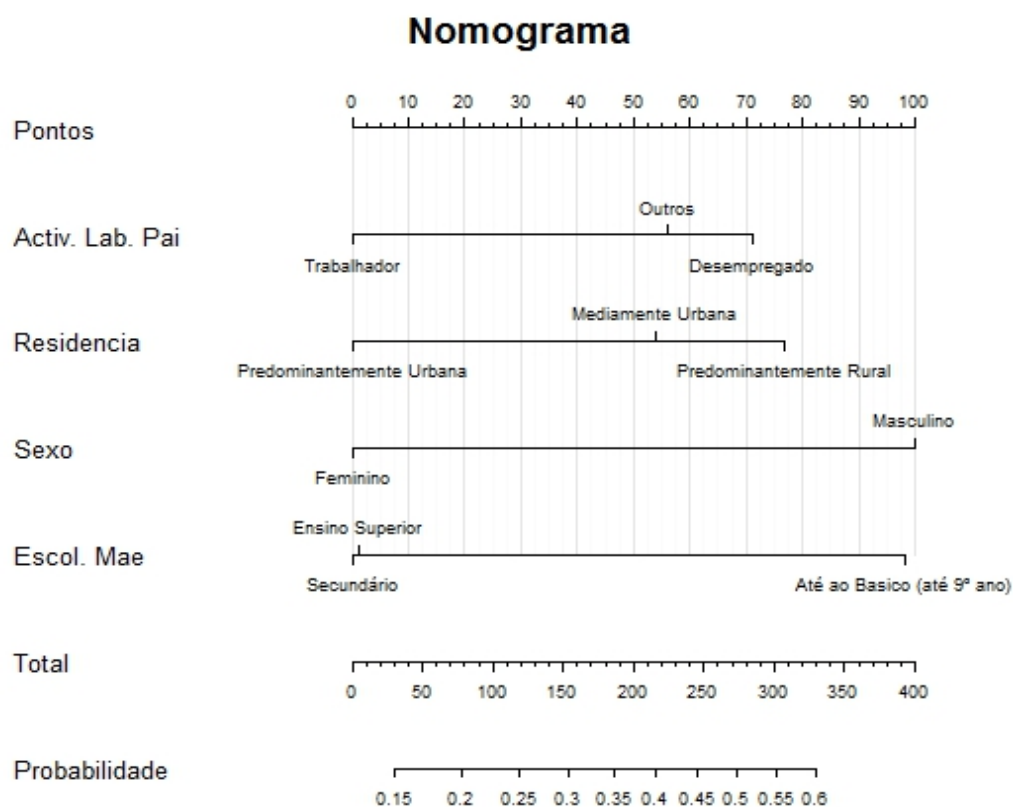


Figura 4 - Nomograma representativo da probabilidade de ter hábitos de escovagem potencialmente inadequados (1 vez por dia ou menos)

O nomograma apresentado na figura 4 foi feito com base no modelo final apresentado anteriormente, com as variáveis que surgiram como estatisticamente significativas ($p < 0.05$) para a adoção de comportamentos potencialmente inadequados (escovar 1 ou menos vezes por dia). Exemplificando a aplicação do nomograma, ser filho de um pai trabalhador (0 pontos), viver numa zona mediantemente urbana (55 pontos), ser do género masculino (100 pontos) e a mãe ter o ensino superior (2 pontos), com um total de 157 representa uma probabilidade de 32% de adoptar comportamentos inadequados face à escovagem diária. Por outro lado, ser filho de um pai desempregado (71 pontos), viver numa zona predominantemente rural (75 pontos), ser do género feminino (0 pontos) e ter uma mãe com o ensino básico (95 pontos), perfaz um total de 241 pontos, o que constitui um risco de 43% de hipóteses de vir a ter comportamentos potencialmente inadequados no que diz respeito à frequência diária de escovagem diária. Estes valores são um exemplo dos resultados que têm vindo a ser descritos neste capítulo.

5.3. Frequência de idas a consultas de saúde oral

No domínio sobre a frequência de idas a consultas de saúde oral a grande maioria dos participantes (94.2%; $n=1217$) afirmaram já ter tido uma consulta com um Médico Dentista, Estomatologista ou Higienista Oral. Cerca de 74.5% ($n=860$) fê-lo no último ano, e 7.1% ($n=82$) não o fazem há mais de dois anos. Dos que visitaram um PSO no último ano, 59.7% ($n=518$) fizeram-nos duas ou mais vezes enquanto 38.1% ($n=330$) foram uma vez (tabela 11).

Face aos motivos que levaram as pessoas à sua última consulta de saúde oral, as três razões principais foram 39.2% ($n=513$) por vigilância/rotina, 28.9% ($n=378$) para tratamento de dentes e 13.5% ($n=177$) por motivo de extracção.

Tabela 11 - Estatísticas descritivas das variáveis relacionadas com as frequências de idas e motivos para consultas de saúde oral

Variável	Frequência (n)	Percentagem (%)
Já foi a uma consulta de saúde oral		
Sim	1217	94.2
Não	75	5.8
Última vez que foi a uma consulta de saúde oral		
Menos de 1 ano	860	74.5
Mais de 1 ano e menos de 2	212	18.4
Mais de 2 anos e menos de 5	74	6.4
Mais de 5 anos	8	0.7
Nunca foi visto anteriormente	1	0.1
Quantas vezes foi a uma consulta de saúde oral nos últimos 12 meses		
Nenhuma vez	19	2.2
1 vez	330	38.1
2 vezes ou mais	518	59.7
Motivo da última consulta: Aplicação de Selantes		
Sim	130	9.9
Não	1179	91.9
Motivo da última consulta: Vigilância / Rotina		
Sim	513	39.2
Não	796	60.8
Motivo da última consulta: Ortodontia		
Sim	122	9.3
Não	1187	90.7
Motivo da última consulta: Tratamento de dentes		
Sim	378	28.9
Não	930	71.1
Motivo da última consulta: Extracção		
Sim	177	13.5
Não	1132	86.5
Motivo da última consulta: Aplicação tópica de flúor		
Sim	22	1.7
Não	1287	98.3
Motivo da última consulta: Destartarização		
Sim	122	9.3
Não	1187	90.7
Motivo da última consulta: Polimento		
Sim	33	2.5
Não	1276	97.5
Motivo da última consulta: Urgência		

Sim	29	2.2
Não	1280	97.8

Analisando a tabela 12 verificou-se a existência de associação ($p < 0.05$) entre o facto de os inquiridos já terem ido a uma consulta com um PSO com a sua região de saúde, escolaridade dos pais e a actividade laboral do pai. Ainda no domínio das idas a consultas de saúde oral, foram encontradas relações entre a periodicidade da última ida e a ARS ($p < 0.001$), zona de residência ($p = 0.030$), escolaridade da mãe ($p = 0.036$) e actividade laboral da mãe ($p < 0.001$).

Tabela 12 - Principais associações entre variáveis sociodemográficas e variáveis associadas à frequência de idas a consultas de saúde oral e motivo da última visita

	Género	ARS	Zona de Residência	Esc. da Mãe	Esc. do Pai	Act. Laboral da Mãe	Act. Laboral do Pai
Já foi uma consulta com um PSO	$p = 0.132$	$p = 0.001$	$p = 0.191$	$p = 0.002$	$p = 0.003$	$p = 0.215$	$p = 0.001$
Última ida a uma consulta com um PSO	$p = 0.253$	$p < 0.001$	$p = 0.030$	$p = 0.036$	$p = 0.070$	$p < 0.001$	$p = 0.097$
Quantas vezes visitou um PSO nos últimos 12 meses	$p = 0.107$	$p = 0.002^*$	$p = 0.675^*$	$p = 0.126^*$	$p = 0.526^*$	$p = 0.015^*$	$p = 0.040^*$
Aplicação de Selantes	$p < 0.001$	$p < 0.001$	$p = 0.784$	$p = 0.013$	$p = 0.099$	$p = 0.941$	$p = 0.886$
Vigilância/Rotina	$p = 0.038$	$p < 0.001$	$p = 0.006$	$p < 0.001$	$p < 0.001$	$p = 0.644$	$p = 0.045$
Ortodontia	$p = 0.263$	$p < 0.001$	$p = 0.227$	$p = 0.004$	$p = 0.001$	$p = 0.094$	$p = 0.079$
Tratamento de dentes	$p = 0.337$	$p = 0.002$	$p = 0.207$	$p = 0.002$	$p = 0.011$	$p = 0.691$	$p = 0.031$
Extracção	$p = 0.723$	$p = 0.591$	$p = 0.570$	$p = 0.007$	$p = 0.070$	$p = 0.279$	$p = 0.107$
Aplicação tópica de flúor	$p = 0.522$	$p = 0.155$	$p = 0.129$	$p = 0.013$	$p = 0.135$	$p = 0.654$	$p = 0.864$
Destartarização	$p = 0.828$	$p < 0.001$	$p = 0.553$	$p = 0.720$	$p = 0.804$	$p = 0.832$	$p = 0.552$
Polimento	$p = 0.598$	$p = 0.057$	$p = 0.336$	$p = 0.931$	$p = 0.854$	$p = 0.107$	$p = 0.996$
Urgência	$p = 1.000$	$p = 0.039$	$p = 0.228$	$p = 0.223$	$p = 0.494$	$p = 0.103$	$p = 0.424$
*Valor indicativo pois os pressupostos de aplicabilidade para o teste do Qui-Quadrado não se verificam.							

O motivo de ida à consulta com maior frequência de respostas foi “vigilância/rotina”, sendo também o que apresenta um maior número de associações

com significância estatística ($p < 0.05$) com as variáveis sociodemográficas, excluindo apenas a actividade laboral da mãe ($p = 0.644$). A ida a uma consulta com o objectivo do tratamento de dentes mostrou-se relacionada com a ARS ($p = 0.002$), escolaridade da mãe ($p = 0.002$), escolaridade do pai ($p = 0.005$) e actividade laboral do pai ($p = 0.031$). As variáveis ARS e escolaridade da mãe foram as que apresentaram mais relações (ambas 6) com os motivos de ida à última consulta de saúde oral (tabela 12).

A frequência de idas a consultas de saúde oral nos últimos 12 meses mostrou associações estatisticamente significativas ($p < 0.05$) para todas as variáveis sociodemográficas, com excepção do género e actividade do pai (tabela 13).

Tabela 13 - Associação entre frequência de idas a consultas de saúde oral nos últimos 12 meses e variáveis sociodemográficas

	Potencialmente Inadequado (> 1 ano)	Potencialmente Adequado (<1 ano)	p value
Sexo			
Masculino	141 (26.8%)	385 (73.2%)	p=0.202
Feminino	154 (24.5%)	475 (75.5%)	
Região de Saúde			
ARS Norte	38 (20.9%)	144 (79.1%)	p<0.001
ARS Centro	38 (21.9%)	136 (78.2%)	
ARS LVT	48 (27.3%)	128 (72.7%)	
ARS Alentejo	35 (21.3%)	129 (78.7%)	
ARS Algarve	37 (20.7%)	142 (79.3%)	
RA Açores	54 (43.2%)	71 (56.8%)	
RA Madeira	45 (29.0%)	110 (71%)	
Área de residência			
Predominantemente Rural	76 (32.5%)	158 (67.5%)	p=0.020
Medianamente Urbana	79 (25.1%)	236 (74.9%)	
Predominantemente Urbana	140 (23.1%)	466 (79.6%)	
Escolaridade Mãe			
Até ao Básico	138 (29%)	338 (71%)	p=0.008
Secundário	84 (23.4%)	275 (76.6%)	
Ensino Superior	38 (18.2%)	171 (81.1%)	
Escolaridade Pai			
Até ao Básico	160 (28.6%)	400 (71.4%)	p=0.014
Secundário	60 (21.8%)	215 (78.2%)	
Ensino Superior	30 (18.8%)	130 (81.3%)	
Actividade Mãe			
Trabalhadora	200 (23%)	668 (71%)	p<0.001
Desempregada	40 (23.7%)	129 (76.3%)	
Doméstica	42 (45.2%)	51 (54.8%)	
Outros	9 (51.9%)	8 (47.1%)	
Actividade Pai			
Trabalhador	239 (24.5%)	735 (75.5%)	p=0.230
Desempregado	24 (28.1%)	87 (71.9%)	
Outros	12 (36.4%)	21 (36.4%)	

Dos 1309 participantes, 74.5% (n=860) frequentaram uma consulta de saúde oral no último ano, enquanto 25.5% (n=295) não visitam um PSO há mais de 12 meses.

A ARS apresenta uma relação significativamente estatística ($p<0.001$) com a frequência de idas às consultas, onde regra geral se podem observar valores semelhantes entre regiões de saúde. A RA Açores é uma excepção pois existe uma maior percentagem (43.2%; $n=54$) indivíduos que não visitam um PSO à mais de 12 meses quando comparado com as outras ARS, 20.9% ($n=38$) na ARS Norte e 21.9% ($n=38$) na ARS Centro.

Quanto à zona de residência, 32.5% ($n=76$) dos que vivem em zonas predominantemente rurais revelam não visitar um PSO à mais de 12 meses, e 67.5% ($n=158$) afirmam o contrário. Os habitantes de zonas mediantemente e predominantemente urbanas apresentam percentagens superiores de frequências de consultas à menos de 12 meses, sendo a associação entre a zona de residência e a frequência de consultas observada estatisticamente significativa ($p=0.020$).

Considerando a escolaridade da mãe ($p=0.008$), observa-se que aqueles que as mães frequentaram o ensino básico tem uma maior percentagem de comportamentos potencialmente inadequados face à frequência de visitas a um PSO nos últimos 12 meses, com 29% ($n=138$) quando comparados com mães que frequentaram o ensino superior, 18.2% ($n=38$). Dos jovens cujas mães frequentaram o ensino superior, 81.1% ($n=171$) revelam ter ido a uma consulta de saúde oral nos últimos 12. Na escolaridade do pai também encontramos uma associação significativa ($p=0.014$), e as relações encontradas foram semelhantes às descritas para a escolaridade da mãe (ver tabela 13). A relação entre a actividade laboral da mãe e a frequência de consultas nos últimos 12 meses revelou-se estatisticamente significativa ($p<0.001$).

À semelhança da adopção de comportamentos potencialmente inadequados na escovagem, a tabela 14 apresenta os OR brutos usando uma regressão logística para verificar a associação dos factores sociodemográficos com as frequências de idas a consultas de saúde oral nos últimos 12 meses.

Tabela 14 - Factores associados à frequência de idas a consultas de saúde oral nos últimos 12 meses

	OR Bruto (IC 95%)
Sexo	
Masculino	1.130 (0.867-1.472)
Feminino ^a	
Região de Saúde	
ARS LVT ^a	0.704 (0.432-1.146)
ARS Norte	0.745 (0.457-1.215)
ARS Centro	0.724 (0.439-1.192)
ARS Alentejo	0.695(0.425-1.135)
ARS Algarve	2.028 (1.249-3.294)
RA Açores	1.091 (0.675-1.763)
RA Madeira	
Área de residência	
Predominantemente Rural	1.601 (1.148-2.233)
Medianamente Urbana	1.114 (0.811-1.530)
Predominantemente Urbana ^a	
Escolaridade Mãe	
Até ao Básico	1.837 (1.227-2.750)
Secundário	1.375 (0.896-2.109)
Ensino Superior ^a	
Escolaridade Pai	
Até ao Básico	1.733 (1.119-2.684)
Secundário	1.209 (0.741-1.973)
Ensino Superior ^a	
Actividade Mãe	
Trabalhadora ^a	1.036 (0.720-1.527)
Desempregada	2.751 (1.775-4.262)
Doméstica	3.757 (1.431-9.866)
Outros	
Actividade Pai	
Trabalhador ^a	1.202 (0.788-1.834)
Desempregado	1.757 (0.852-3.625)
Outros	
^a Classe de referência	

Ao nível das regiões de saúde destaca-se a RA dos Açores que se apresenta com os seus habitantes com duas vezes mais de hipóteses de não visitarem um PSO

nos últimos 12 meses em comparação com a ARS LVT (OR=2.028; IC95%: 1.249-3294).

Quanto à área de residência pode observar-se um risco acrescido de não visitar um PSO pelo menos uma vez por ano por quem reside em zonas predominantemente rurais em comparação com zonas predominantemente urbanas (OR= 1.601; IC95%: 1.148-2.233).

O nível de escolaridade dos pais surge como um factor com uma associação estatisticamente significativa para uma menor frequência de idas a consultas de saúde oral nos últimos 12 meses (tabela 14). Constata-se que os filhos cujas mães e pais possuem um nível de escolaridade básico têm um risco acrescido de ir menos vezes a uma consulta de saúde oral quando comparados com mães e pais com frequência no ensino superior (OR= 1.837; IC95%: 1.277-2.750) e (OR= 1.733; IC95%: 1.119-2.684).

Já a actividade laboral dos pais, só se mostrou significativa para o caso da mãe. Quando comparados com filhos de mães trabalhadoras, os jovens cujas mães são domésticas apresentam uma probabilidade quase três vezes maior de não ir regularmente ao PSO (OR= 2.751; IC95%: 1.775-4.262).

5.4. Auto-percepção de saúde oral

Na tabela 15 apresentam-se as estatísticas descritivas das variáveis relacionadas com a auto-percepção do estado de saúde oral.

Tabela 15 - Estatísticas descritivas das variáveis relacionadas com a auto-percepção do estado de saúde oral e presença de dor na cavidade oral

Variável	Frequência (n)	Percentagem (%)
Auto Apreciação da Saúde Oral		
Muito bom	72	5.5
Bom	624	47.7
Razoável	554	42.3
Mau	52	4.0
Muito Mau	7	0.5

Quando inquiridos sobre a opinião sobre o seu estado de saúde oral, a maior parte das respostas concentrou-se no “razoável” com 42.3% (n=554) e 47.7% (n=624) responderam “bom”. Apenas 0.5% (n=7) consideram o seu estado de saúde oral “muito mau”.

A tabela 16 analisa as relações com as variáveis “como considera o estado da

sua boca” e “presença de dor na cavidade oral” com as variáveis sociodemográficas em estudo.

Tabela 16 - Principais associações entre variáveis sociodemográficas e variáveis associadas a auto-percepção de saúde oral

	Género	ARS	Zona de Residência	Esc. da Mãe	Esc. do Pai	Act. Laboral da Mãe	Act. Laboral do Pai
Como considera o estado da sua boca?	p=0.571	p=0.187	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p=0.239	p=0.014

A auto-percepção dos indivíduos sobre a sua saúde oral apresenta associações estatisticamente significativas ($p<0.05$) com a zona de residência, escolaridade dos pais e actividade laboral do pai .

A tabela 17 apresenta as associações entre a auto-percepção do estado de saúde oral e as variáveis sociodemográficas.

Tabela 17 - Associação entre a auto-percepção do estado de saúde oral e variáveis sociodemográficas

	Inadequado (mau/muito mau)	Adequado (razoável/bom/muito bom)	p value
Sexo			p=0.733
Masculino	25 (4.2%)	569 (95.8%)	
Feminino	34 (4.8%)	681 (95.2%)	
Região de Saúde			p=0.357
ARS Norte	10 (5.2%)	182 (94.8%)	
ARS Centro	9 (4.7%)	183 (95.3%)	
ARS LVT	6 (3.1%)	186 (96.9%)	
ARS Alentejo	6 (3.3%)	178 (96.7%)	
ARS Algarve	6 (3.3%)	178 (96.7%)	
RA Açores	14 (7.7%)	169 (92.3%)	
RA Madeira	8 (4.4%)	174 (95.6%)	
Área de residência			p=0.105
Predominantemente Rural	12 (5.0%)	249 (95%)	
Medianamente Urbana	23 (6.2%)	348 (93.8%)	
Predominantemente Urbana	23 (3.4%)	653 (96.6%)	
Escolaridade Mãe			p=0.038
Até ao Básico	33 (5.9%)	522 (94.1%)	
Secundário	16 (4.2%)	367 (95.8%)	
Ensino Superior	4 (1.8%)	220 (98.2%)	
Escolaridade Pai			p=0.001
Até ao Básico	42 (6.5%)	602 (93.9%)	
Secundário	6 (2.1%)	285 (97.9%)	
Ensino Superior	2 (1.2%)	170 (98.8%)	
Actividade Mãe			p=0.320
Trabalhadora	38 (3.9%)	930 (96.1%)	
Desempregada	13 (6.7%)	180 (93.3%)	
Doméstica	7 (5.9%)	112 (94.1%)	
Outros	1 (5.3%)	18 (94.7%)	
Actividade Pai			p=0.381
Trabalhador	44 (4.1%)	1033 (95.9%)	
Desempregado	10 (6.5%)	143 (93.5%)	
Outros	2 (4.9%)	39 (95.1%)	

Quanto à auto-avaliação do estado de saúde oral cerca de 95.5% (n=1250) referem uma avaliação positiva e apenas 4.5% (n=59) se encontram insatisfeitos. As raparigas reportam uma maior insatisfação com o seu estado de saúde oral quando comparadas com os rapazes, com 4.8% (n=34) e 4.2% (n=25) respectivamente, apesar de não ser estatisticamente significativo.

Entre regiões de saúde podemos verificar que a RA dos Açores apresenta 7.7% (n=14) de inquiridos que reportam o seu estado de saúde oral como inadequado, o que contrasta com as restantes regiões, sendo o valor mais próximo de 5.2% (n=10) para a ARS Norte e ARS Centro com 4.7% (n=9).

Os habitantes de zonas predominantemente rurais e mediantemente urbanas obtiveram valores semelhantes na insatisfação com a sua saúde oral com 5% (n=12) e 6.2% (n=23), sendo que apenas 3.4% (n=23) dos que vivem em zonas predominantemente urbanas reportam a mesma opinião. Quando a pergunta é colocada de modo a saber se os inquiridos se encontram satisfeitos com a sua saúde oral, o grupo que mais respostas obtém é o dos que vivem em zonas predominantemente urbanas com 96.6% (n=653).

Dos adolescentes com mães que frequentaram o ensino superior, 98.2% (n=220) revelam estar satisfeitos com o seu estado de saúde oral, em contraste com 1.8% (n=4) que se encontram insatisfeitos. Por outro lado, dos filhos cuja escolaridade das mães se encontra no ensino básico, 5.9% (n=33) consideram o seu estado de saúde oral inadequado e 94.1% (n=522) acham-no adequado, havendo significância estatística ($p=0.038$).

A auto-apreciação do estado de saúde oral também está estatisticamente relacionada com o nível de escolaridade do pai ($p=0.001$). Quando se trata dos que responderam que se encontravam insatisfeitos com a sua saúde oral, 6.5% (n=42) têm pais que frequentaram o ensino básico, 2.1% (n=6) ensino secundário e 1.2% (n=2) ensino superior.

Sobre a actividade laboral da mãe, no grupo de mães trabalhadoras, 3.9% (n=38) classificam o seu estado de saúde oral como 'inadequado' e 96.1% (n=930) como 'adequado'. Quando as mães são desempregadas observam-se algumas diferenças, 6.7% (n=13) considera o seu nível de saúde oral insatisfatório e 93.3% (n=180) consideram-se satisfeitos. Na actividade laboral do pai, no grupo dos desempregados observa-se que 6.5% (n=10) não estão satisfeitos com seu estado de saúde oral quando comparando com os que estão satisfeitos, com 93.5% (n=143). Perto de 96% (n=1033) de filhos de pais trabalhadores estão satisfeitos com o seu estado de saúde oral (tabela 17).

Analogamente ao que foi descrito em capítulos anteriores, a tabela 18 apresenta os valores de OR brutos para verificar quais os factores sociodemográficos com influência na auto-percepção de saúde oral negativa.

Tabela 18 - Factores associados à auto-percepção negativa sobre saúde oral

	OR Bruto (IC 95%)
Sexo	
Masculino	0.880 (0.519-1.492)
Feminino ^a	
Região de Saúde	
ARS LVT ^a	1.703 (0.607-4.783)
ARS Norte	1.525 (0.532-4.370)
ARS Centro	1.045 (0.331-3.300)
ARS Alentejo	1.045 (0.331-3.300)
ARS Algarve	2.568 (0.965-6.834)
RA Açores	1.425 (0.485-4.191)
RA Madeira	
Área de residência	
Predominantemente Rural	1.482 (0.739-2.972)
Medianamente Urbana	1.876 (1.038-3.393)
Predominantemente Urbana ^a	
Escolaridade Mãe	
Até ao Básico	3.477 (1.217-9.932)
Secundário	2.398 (0.792-7.264)
Ensino Superior ^a	
Escolaridade Pai	
Até ao Básico	5.930 (1.412-24.748)
Secundário	1.789 (0.357-8.966)
Ensino Superior ^a	
Actividade Mãe	
Trabalhadora ^a	1.768 (0.923-3.385)
Desempregada	1.530 (0.667-3.507)
Doméstica	1.360 (0.177-10.453)
Outros	
Actividade Pai	
Trabalhador ^a	1.642 (0.808-3.334)
Desempregado	1.204 (0.282-5.146)
Outros	
^a Classe de referência	

No que diz respeito à zona de residência, os residentes em zonas medianamente urbanas apresentam quase o dobro das hipóteses (OR= 1.876; IC95%: 1.038-3.393) se sentirem insatisfeitos com o seu estado de saúde oral quando comparados com os residentes em zonas predominantemente urbanas.

Observando a tabela 18 pode ver-se uma relação entre a auto-percepção e o nível de escolaridade da mãe, onde os filhos de mães que frequentaram o ensino

básico se apresentam de três vezes mais propensos a terem uma auto-percepção negativa sobre o seu estado de saúde oral face aos filhos de mães com o ensino superior (OR= 3.477; IC95%: 1.217-9.932). Também se verificou uma relação semelhante para o nível de escolaridade do pai (tabela 18). Os jovens cujos pais frequentaram o ensino básico apresentam um risco acrescido em cinco vezes de ter uma auto-apreciação da sua saúde oral pouco positiva face àqueles cujos pais frequentaram o ensino superior (OR= 5.930; IC95%: 1.412-24.748).

5.5. Dor na cavidade oral

Na tabela 19 apresentam-se as estatísticas descritivas das variáveis relacionadas com a auto-percepção do estado de saúde oral e presença de dor na cavidade oral.

Tabela 19 - Estatísticas descritivas das variáveis relacionadas com a presença de dor na cavidade oral

Variável	Frequência (n)	Percentagem (%)
Presença de dor nos dentes, gengivas e feridas na boca nos últimos 12 meses		
Muitas Vezes	23	1.8
Às vezes	270	20.8
Raramente	285	22.0
Nunca	720	55.5

Sobre a presença de dor na cavidade oral nos últimos 12 meses, a maioria dos inquiridos, 55% (n=720), responderam que nunca tinham tido dor, no entanto 22% (n=285) e 20.8 % (n=270) responderam “raramente” e “às vezes”, respectivamente. A presença de dor na cavidade oral mostrou-se apenas relacionada com a ARS (p=0.001) (tabela 20).

Tabela 20 - Principais associações entre variáveis sociodemográficas e variáveis associadas à presença de dor na cavidade oral

	Género	ARS	Zona de Residência	Esc. da Mãe	Esc. do Pai	Act. Laboral da Mãe	Act. Laboral do Pai
Presença de dor nos dentes e gengivas	p=0.264	p=0.001	p=0.482	p=0.593	p=0.994	p=0.482	p=0.607

A tabela 21 discrimina a associação entre presença de dor na cavidade oral nos últimos 12 meses e variáveis sociodemográficas.

Tabela 21 - Associação entre presença de dor na cavidade oral meses e variáveis sociodemográficas

	Presença de Dor	Ausência de Dor	p value
Sexo			
Masculino	265 (44.8%)	327 (55.2%)	p=0.921
Feminino	313 (44.3%)	393 (55.7%)	
Região de Saúde			
ARS Norte	90 (47.6%)	99 (52.4%)	p=0.001
ARS Centro	80 (41.9%)	111 (58.1%)	
ARS LVT	99 (52.1%)	91 (47.9%)	
ARS Alentejo	90 (49.2%)	93 (50.8%)	
ARS Algarve	62 (33.7%)	122 (66.3%)	
RA Açores	67 (37%)	114 (63.0%)	
RA Madeira	90 (50%)	90 (50.0%)	
Área de residência			
Predominantemente Rural	112 (42.9%)	149 (57.1%)	p=0.548
Medianamente Urbana	172 (46.9%)	195 (53.1%)	
Predominantemente Urbana	294 (43.9%)	376 (56.1%)	
Escolaridade Mãe			
Até ao Básico	247 (45.0%)	302 (55.0%)	p=0.516
Secundário	161 (42.3%)	220 (57.7%)	
Ensino Superior	104 (46.8%)	118 (53.2%)	
Escolaridade Pai			
Até ao Básico	292 (45.8%)	346 (54.2%)	p=0.929
Secundário	131 (45.3%)	158 (54.7%)	
Ensino Superior	75 (44.1%)	95 (55.9%)	
Actividade Mãe			
Trabalhadora	435 (45.4%)	524 (56.4%)	p=0.346
Desempregada	75 (38.9%)	118 (61.1%)	
Doméstica	53 (45.3%)	64 (54.7%)	
Outros	10 (52.6%)	9 (47.4%)	
Actividade Pai			
Trabalhador	476 (44.7%)	590 (55.3%)	p=0.995
Desempregado	68 (44.4%)	85 (55.6%)	
Outros	18 (43.9%)	23 (56.1%)	

Através da análise desta tabela podemos verificar que a única variável sociodemográfica com uma associação estatisticamente significativa com a presença de dor é a região de saúde (p=0.001). Nesta amostra 44.5% (n=578) afirmaram ter dor

na cavidade oral em comparação com 55.5% (n=720) que não reportaram a presença de dor.

A região de saúde que reporta uma maior presença de dor na cavidade oral é a ARS LVT com 52.1% (n=99), seguida da RA Madeira com 50% (n=90), ARS Alentejo com 49.2% (n=90) e ARS Norte 47.6% (n=90). A ARS do Algarve é a região que reporta uma maior percentagem de ausência de dor com 66.3% (n=122).

Quando há presença de dor, esta tende a ser mais descrita nas zonas mediantemente urbanas, 46.9% (n=172), 43.9% (n=294) nas zonas predominantemente urbanas e 42.9% (n=112) nas zonas predominantemente rurais.

Nas variáveis do nível de escolaridade dos pais encontra-se uma distribuição muito semelhante para a presença e ausência de dor, como pode verificar-se na tabela 20.

Observando a actividade laboral da mãe verifica-se que existe uma percentagem superior de crianças com mães activas com ausência de dor na cavidade oral, 56.4% (n=524) face a crianças do mesmo grupo com presença de dor 45.4% (n=435).

Pode constatar-se uma relação semelhante para crianças cujas mães estão desempregadas, com 38.9% (n=75) que afirmam a presença de dor na cavidade oral e 61.1% (n=118) a confirmarem a ausência de dor. Ao observar a actividade laboral do pai podem verificar-se valores muito semelhantes para as diferentes categorias da variável, tanto na ausência como na presença de dor (tabela 21).

À semelhança de outras variáveis já descritas, a tabela 22 apresenta os valores do regressão logística binária (método enter) com o cálculo dos valores de OR para verificar quais os factores com influência na presença de dor na cavidade oral.

Tabela 22 - Factores associados à presença de dor na cavidade oral

	OR Bruto (IC 95%)
Sexo	
Masculino	1.018 (0.817-1.268)
Feminino ^a	
Região de Saúde	
ARS LVT ^a	0.836 (0.558-1.551)
ARS Norte	0.662 (0.442-0.993)
ARS Centro	0.890 (0.593-1.335)
ARS Alentejo	0.467 (0.308-0.709)
ARS Algarve	0.504 (0.357-0.818)
RA Açores	0.919 (0.611-1.3829)
RA Madeira	
Área de residência	
Predominantemente Rural	0.961 (0.720-1.283)
Medianamente Urbana	1.128 (0.874-1.457)
Predominantemente Urbana ^a	
Escolaridade Mãe	
Até ao Básico	0.928 (0.679-1.269)
Secundário	0.830 (0.595-1.158)
Ensino Superior ^a	
Escolaridade Pai	
Até ao Básico	1.069 (0.761-1.503)
Secundário	1.050 (0.717-1.538)
Ensino Superior ^a	
Actividade Mãe	
Trabalhadora ^a	0.766 (0.558-1.050)
Desempregada	0.998 (0.678-1.467)
Doméstica	1.338 (0.539-3.323)
Outros	
Actividade Pai	
Trabalhador ^a	0.992 (0.705-1.395)
Desempregado	0.970 (0.517-1.819)
Outros	
^a Classe de referência	

Nesta análise apenas foram encontradas associações com significância estatística para a região de saúde ($p < 0.05$). Os habitantes da RA do Centro apresentam menos hipóteses de sofrer de dor na cavidade oral ($OR = 0.622$; $IC95\%: 0.442-0.993$) em comparação com os habitantes da ARS LVT. O mesmo se verifica para as ARS Algarve ($OR = 467$; $IC95\%: 0.308-0.709$) e para a RA Açores ($OR = 0.504$; $IC95\%: 0.357-0.818$) face à classe de referência.

6. Discussão

A adolescência é considerada um período de potencial risco para a saúde oral, sendo que por vezes nessa fase os adolescentes não aceitam uma supervisão dos adultos (Davoglio *et al.*, 2008; Freire; Sheiham e Bino, 2007). A adolescência é um período de adopção de novas práticas, valores, atitudes e comportamentos, ganho de autonomia e de exposição a diversas situações e riscos presentes e futuros que podem ter influência para a saúde oral e geral e têm início na infância com forte influência da família (Freire *et al.*, 2007; Vettore *et al.*, 2012).

Em relação aos meios de remoção de placa bacteriana, actualmente aos 12 anos cerca de 70.6% (n=924) escova “duas ou mais vezes por dia”, traduzindo um aumento percentual em relação ao último estudo nacional onde esta percentagem se encontrava nos 67% (DGS, 2008). No estudo da OMS do Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) 2010, para a população portuguesa (n=5012), cerca de 67.4% escovavam os dentes 1 ou mais vezes por dia, e nos alunos do 6º ano foi observada uma frequência de 62.6% a afirmar escovar uma ou mais vezes por dia (Matos *et al.*, 2012)

Um estudo realizado no Sudão com crianças de 12 anos verificou que 0.4% revelaram “não escovar os dentes”, 64% disseram que “escovam pelo menos 1 vez por dia”, 25% dizem escovar “2 vezes por dia” e 5% “mais que 2 vezes por dia”, apenas 3% faziam fio dentário (Nurelhuda *et al.*, 2009). Na Jordânia, um estudo que englobou crianças dos 6 aos 16 anos constatou que em todas as idades, só menos de um terço das crianças escovavam os seus dentes duas ou mais vezes por dia (Rajab *et al.*, 2002). Na Etiópia 477 (56.%) crianças escovam os seus dentes, destas 189 (38.8%) escovam diariamente (Ayele *et al.*, 2013), já na Polónia as taxas de escovagem diária situam-se nos 64% (Wierzbicka *et al.*, 2002), e no Brasil nos 77.8% (Davoglio, R. S. *et al.*, 2009) e 95.2% (Vettore *et al.*, 2012). As recomendações para crianças com mais de seis anos apontam para uma escovagem duas vezes por dia com uma pasta com uma concentração de flúor de 1450 ppm F⁻ numa quantidade do tamanho de uma ervilha (EAPD, 2009).

No HBSC de 2010 para Portugal verificou-se que as raparigas apresentavam uma frequência de escovagem diária superior aos rapazes, 74.3% e 59.7%, respectivamente (Matos *et al.*, 2012). Um trabalho que procurou a relação entre os hábitos de escovagem e as características sociais das famílias de 32 países diferentes, nos países do Sul da Europa, onde se insere Portugal, constatou-se uma frequência de 41% nos rapazes e 56% para as raparigas na Grécia, 54% nos rapazes

e 74% nas raparigas na Itália, Espanha apresentou valores de 43% nos rapazes e 60% nas raparigas e por fim para Portugal foram observados valores de 47% nos rapazes e 68% nas raparigas (Maes *et al.*, 2006). Neste estudo foram obtidos valores de 63.5% (n=377) nos rapazes e 76.5% (n=547) nas raparigas, o que revela uma melhoria nos hábitos de escovagem diários dos jovens portugueses. O país onde se verificou uma maior frequência de escovagem nos jovens foi na Suíça (80% nos rapazes e 89% nas raparigas), por outro lado o país com frequências mais baixas foi Malta (16% nos rapazes e 26% nas raparigas) (Maes *et al.*, 2006). Ainda no mesmo estudo foi observada uma forte relação entre o género e a frequência de escovagem: as raparigas escovam os seus dentes mais frequentemente que os rapazes (OR= 2.34; IC99%: 1.46-3.02) (Maes *et al.*, 2006), neste estudo observou-se uma relação semelhante onde os rapazes apresentam maior probabilidade de não escovar duas vezes por dia quando comparando com as raparigas (OR= 1.874; IC95%:1.474-2.383) e (OR modelo final= 2.088; IC95%: 1.574-2.770), concordante com as conclusões obtidas noutros estudos semelhantes (Davoglio *et al.*, 2008).

No Irão, 53.2% (n=220) das raparigas escovam os dentes duas ou mais vezes, comparando com apenas 39% (n=266) dos rapazes (Dorri *et al.*, 2009). Esta tendência mantém-se nos adultos, com os homens a terem menos o hábito de escovar os dentes duas vezes por dia (OR= 4.5; IC95%: 2.97-7.0) (Sakki; Knuuttila e Anttila, 1998), o que reforça que os comportamentos adoptados na adolescência e infância se tendem a perpetuar para o resto da vida. Vários estudos concluem que as raparigas apresentam maiores frequências de escovagem comparando com os rapazes (CAHRU, 2008; Davoglio *et al.*, 2009; Kanli *et al.*, 2007; Levin e Currie, 2010; Maes *et al.*, 2006; Sakalauskiene *et al.*, 2011; Sakki; Knuuttila e Anttila, 1998; Vettore *et al.*, 2012). Estas diferenças entre géneros sugerem que investigações futuras deveriam separar a análise dos determinantes sociais entre rapazes e raparigas (Levin e Currie, 2008).

Considerando as diferentes áreas de residência, a percentagem de indivíduos que escovam uma ou mais vezes é de 61.1%, 34% 43.4%, respectivamente para zonas urbanas, mediantemente urbanas e rurais (Almeida *et al.*, 2003). Neste estudo, onde os dados foram recolhidos entre 2012 e 2013 observam-se melhorias nos hábitos de escovagem diária em jovens de 12 anos, com valores de 75.7% (n=512) em zonas predominantemente urbanas, 67.1% (n=249) em zonas mediantemente urbanas e 62.2% (n=163) em zonas rurais. Um estudo que desenvolveu um índice de higiene oral aferiu que a higiene oral é influenciada pelos factores socio económicos, sendo que a escolaridade da mãe e a zona de habitação (rural ou urbana) foram os que mostraram mais expressão nessa influência (Smyth, Caamaño and Fernández-Riveiro, 2007).

No nosso estudo a frequência de escovagem encontrou-se estatisticamente associada ao género e à escolaridade da mãe ($p < 0.001$). Kanli *et al.*, (2007), encontraram a mesma relação nos seus estudos para o género ($p = 0.001$) e para a escolaridade materna ($p = 0.017$) respectivamente. O nível de escolaridade da mãe tem influência nos hábitos de escovagem dos jovens, tendo filhos de mães que frequentaram o ensino básico o dobro de hipóteses de não escovar de maneira potencialmente adequada ($OR = 2.284$; $IC95\%: 1.582-3.297$) e (OR modelo final = 2.112 ; $IC95\%: 1.408-3.168$) quando comparado com mães que frequentaram o ensino superior. O nível de escolaridade da mãe parece ter mais influência que o do pai na saúde das crianças (Lapresa e Barbero, 2012). Ravaghi *et al.*, (2012), também encontraram associação entre a escolaridade da mãe e o hábito de escovar os dentes uma ou mais vezes por dia ($OR: 1.37$; $IC95\%: 1.12-1.68$). Também Nourijelyani *et al.* (2014) no seu estudo verificou que a escolaridade da mãe era uma das variáveis com mais influência nos comportamentos em saúde das crianças. Um estudo na Polónia sugere que os filhos de mães com estudos superiores apresentam maiores frequências de escovagem diária quando comparados com filhos de mães com estudos secundários ou básicos (78, 64 e 56%; $p < 0.01$) (Wierzbicka *et al.*, 2002). Neste estudo foi possível observar a mesma relação, com um aumento da frequência de escovagem com o aumento do nível de escolaridade da mãe, 62.9% ($n = 349$) ensino básico, 78.9% ($n = 302$) ensino secundário e 79.5% ($n = 178$) ensino superior, ($p < 0.001$). O nível de educação da mãe costuma ser usado como uma “proxy” do nível socioeconómico, sendo um maior nível de educação um factor protector para uma maior frequência de escovagem e visitas a um PSO, como já tem vindo a ser descrito (Branden *et al.*, 2013). Vários estudos realizados em crianças mostram que o nível de escolaridade materno é a variável socioeconómica que mais discrimina uma relação com os hábitos de saúde das crianças (Lapresa; Barbero e Arizatela, 2012).

Na Jordânia foi observada uma influência semelhante do nível de escolaridade dos pais na frequência de escovagem, filhos de pais com uma escolaridade inferior escovam menos vezes, ($OR = 0.93$) para o ensino básico e ($OR = 0.94$) para o ensino secundário, em comparação como ensino superior (Rajab *et al.*, 2002). Neste estudo observou-se a mesma tendência, 65.4% ($n = 421$) dos filhos de pais desempregados escovam os dentes pelo menos duas vezes por dia, observando-se uma frequência maior em filhos de pais trabalhadores (83.7%; $n = 144$). Os filhos de pais desempregados têm quase o triplo de hipóteses de não escovar duas ou mais vezes por dia comparando com filhos de pais trabalhadores (OR ajustado: 2.795 ; $IC95\%: 1.800-4.314$). Ayele *et al.*, (2013) concluíram que pertencer a um nível socioeconómico

baixo, ter um pai com baixa escolaridade e uma fraca higiene oral são factores associados a crianças com cárie dentária.

O grande contexto social de uma criança começa inicialmente por ser a sua família providenciando suporte e surge como modelo, influenciando a criança na sua saúde oral de modo directo e indirecto (Fisher-Owens *et al.*, 2007). Vários estudos apontam para uma forte relação entre o nível de educação os pais, nível socioeconómico da família e comportamentos de saúde oral dos adolescentes (Kanli *et al.*, 2007).

A ocupação do pai surge relacionada com uma maior frequência de escovagem, filhos de pai trabalhadores apresentam menos probabilidade de não escovar diariamente quando comparados com filhos de pais desempregados, 26.6% (n=285) e 43.1% (n=66) respectivamente, ($p < 0.001$), o que vai de encontro a estudos realizados na europa que revelam uma forte relação entre a ocupação do pai e os hábitos de escovagem (Maes *et al.*, 2006).

A presença de uma mãe desempregada (OR ajustado= 1.462; IC95%: 1.050-2.037) ou doméstica (OR ajustado= 1.650; IC95%: 1.105-2.466) acarreta um risco superior de não escovar uma ou mais vezes por dia em comparação com mães trabalhadoras, bem como o mesmo se verifica para pais desempregados (OR modelo final= 1.938; IC95%: 1.280-2.934) quando comparando com pais trabalhadores. Estas conclusões estão de acordo com o estudo de Maes que reportou que a presença de um pai ou mãe em casa estava relacionada com uma diminuição na frequência de escovagem (OR= 0.44-0.86) em 14 países dos 32 participantes, onde se inclui Portugal e de onde ainda se conclui que a ocupação do pai revelou associação com a frequência de escovagem (Maes *et al.*, 2006). Outro estudo em crianças de 12 anos verificou que os índices de higiene oral estavam relacionados com a ocupação do pai ($p = 0.046$), nível de escolaridade do pai ($p = 0.002$) e da mãe ($p = 0.001$) (Santhosh *et al.*, 2013).

No que ao fio dentário diz respeito, considerando a resposta que traduz uma frequência aceitável no uso, “uma vez por dia”, apenas 5.5% em Portugal afirmaram ter essa prática, o que traduz numa redução face a 2008 onde a percentagem de uso diário era de 14% aos 12 anos (DGS, 2008), valores mais baixos comparados com os obtidos no Brasil com 31.9% a fazer uso de fio dentário diariamente (Davoglio *et al.*, 2009). No entanto as crenças entre países e culturas apresentam alguma influência nos comportamentos (Andersen, 1995).

Neste estudo observou-se uma associação estatisticamente significativa entre o género e o uso de meios complementares de higiene oral como o uso de fita/fio dentário ($p=0.012$), com 6.6% (n=47) das raparigas e fazer fio diariamente e 16.6%

(n=114) a fazerem algumas vezes por semana, comparando com as mesmas frequências com 4.1% (n=24) e 11.5% (n=68) para o género masculino, respectivamente. Um estudo no Brasil aferiu uma tendência semelhante, 33.5% das raparigas usam fio diariamente sendo a percentagem de rapazes mais baixa com 30.0%, no entanto não se verificou uma associação estatisticamente significativa (Davoglio *et al.*, 2009). A mesma relação foi observada noutros estudos em adultos, com as mulheres a realizarem a higiene interdentária mais frequentemente que os homens, bem como uma relação igualmente significativa entre o género e os comportamentos em saúde oral (Sakalauskiene *et al.*, 2011; Sakki; Knuuttila e Anttila, 1998). As meninas tendem a ter uma atitude mais positiva em relação a comportamentos relacionados com a saúde oral (escovar os dentes e usar fio dentário) que os rapazes (Nourijelyani *et al.*, 2014). Estudos em população adulta concluem que uma percentagem de mulheres muito superior à de homens revela que a aparência é um factor que conta muito e que as crenças sobre a saúde oral diferem pelo género (Sakalauskiene *et al.*, 2011), o que poderá justificar os melhores comportamentos adoptados.

No Irão foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre a escolaridade dos pais ($p<0.05$) e a frequência de uso de fio dentário e a mesma relação para a escolaridade da mãe na Turquia (David *et al.*, 2005). Também neste estudo foi observada a mesma associação ($p<0.05$). A mãe surge como um modelo na adopção e manutenção de comportamentos associados à limpeza interdentária (Rossow, 1992).

Na China um estudo realizado em adolescentes verificou que após o ajustamento para os factores de confundimento na regressão multivariada, o nível de educação dos pais tende a ser um determinante mais forte que o rendimento da família em relação aos comportamentos de saúde adoptados pelos jovens (Petersen *et al.*, 2008).

Quanto ao uso de um dentífrico fluoretado, 95.8% (n=890) diz ter essa prática, já na Índia um estudo em crianças de 12 anos verificou que 73% usavam dentífricos com flúor (David *et al.*, 2005). A extensão do uso de pastas fluoretadas é apontada como a principal razão para a drástica diminuição da prevalência de cárie nos últimos 30 anos em todo o mundo (EAPD, 2009).

Cerca de 31.9% dos inquiridos utilizam uma solução fluoretada por bochecho, o que traduz um aumento face ao estudo nacional de prevalência de doenças orais de 2005, onde apenas tinham este hábito cerca de 19% (DGS, 2008). O uso de soluções para bochechar com flúor para a prevenção de cárie dentária em dentes permanentes

tem um grau de evidência A (segundo a classificação de SIGN, 2008) o que se traduz numa medida com eficácia e efectividade comprovada (EAPD, 2009).

Aos 12 anos conclui-se que 94.2% (n=1217) já tenham ido a uma consulta que um PSO, e 74.5% (n=860) foram num período inferior a um ano. No último estudo nacional, 85% (n=713) revelaram ter ido a uma consulta no último ano (DGS, 2008). Esta diminuição poderá ser justificada pelo aumento da taxa de desemprego e pelas questões de constrangimentos orçamentais que se instalaram no país no período de que distam estes últimos estudos. As visitas a um PSO são uma maneira de prevenir e controlar os problemas orais, em crianças dos 9 aos 12, as que não tinham visitado um PSO nos últimos 12 meses apresentavam 1.6 vezes mais de probabilidades de ter cáries comparando com as que foram (Dominguez-Rojas *et al.*, 1993). O inquérito nacional de saúde espanhol de 2006 verificou 65.2% (n=1055) das crianças com idades entre os 10 e os 12 anos tinham visitado um PSO nos últimos 12 meses (Lapresa e Barbero, 2011). Ainda outro estudo dos mesmos autores realizado em Espanha aferiu que 88.27% das crianças com idades entre os 6 e os 12 já tinham feito pelo menos uma visita a um PSO (Lapresa; Barbero e Arizaleta., 2012), no nosso estudo obtiveram-se resultados mais positivos com 94.2% (n=1217) de crianças que aos 12 anos já tinham sido vistas por um PSO. No Brasil foram obtidos valores de 68.9% (n=806) aos 16 anos (Davoglio *et al.*, 2008).

Neste estudo 74.5% (n=860) visitaram um PSO no último ano, 18.4% (n=212) visitaram entre 1 a 2 anos, 6.4% (n=74) foram a uma consulta entre 2 a 5 anos, 0.7% (n=2) fizeram a sua última visita há mais de 5 anos e 0.1% (n=1) nunca foram a uma consulta de saúde oral. Na Polónia 71% das crianças visitaram um dentista no ano passado, 20% visitaram entre 1 a 2 anos, 3% visitaram à mais de 2 anos e 8% nunca visitaram um dentista (Wierzbicka *et al.*, 2002). Este estudo apresenta uma taxa quase residual quanto a nunca ter ido a uma consulta de saúde oral quando comparado com outros países como o Brasil com 15.2% (n=178) (Davoglio *et al.*, 2008).

À semelhança dos resultados obtidos para a frequência de escovagem, também nas frequências de idas a consultas de saúde oral, os rapazes apresentam um risco acrescido mas não estatisticamente significativo, de não ir tão regularmente como as raparigas (OR= 1.130; IC95%: 0.867-1.472), com 73.2% (n=385) dos rapazes a ter visitado um PSO nos últimos 12 meses em comparação com 75.5% (n=475) nas raparigas, ainda que sem significância estatística ($p>0.05$) à semelhança de outros estudos em adolescentes (Davoglio *et al.*, 2008). No entanto alguns autores verificaram uma relação significativa entre o género e a frequência de idas ($p<0.001$), com as raparigas a irem mais vezes nos últimos 12 meses (Petersen *et al.*, 2008).

Em adultos, concluiu-se que os homens revelam uma maior distância desde a sua última consulta de saúde oral quando comparados com mulheres (OR= 2.4; IC95%: 1.5-3.7). Uma das hipóteses que justifica uma maior ida de consultas por parte das mulheres poderá ser por estas darem mais importância aos aspectos estéticos, necessidade de procurar ajuda e uma maior sensibilidade ao desconforto e dor (Matos *et al.*, 2001). Adicionalmente, segundo um estudo em jovens adultos na Suécia concluiu que uma maior quantidade de homens que mulheres não reportou tantos problemas relacionados com a função, qualidade de vida ou constrangimento social associado ao estado de saúde oral (Ekbäck *et al.*, 2008). No entanto, o facto de os jovens ainda serem dependentes de cuidados de adultos para a marcação das consultas, pode ser uma justificação para a inexistência de relação entre as frequências de idas e o género (Davoglio *et al.*, 2008).

Relativamente à região de saúde, a RA dos Açores revelou ter a menor frequência de idas a consultas de saúde oral nos últimos 12 meses com 56.8% (n=71), também se obtiveram valores estatisticamente significativos que indicam que os habitantes desta região têm o dobro das hipóteses de não visitar um PSO anualmente comparando com os da ARS LVT (OR= 2.028; IC95%:1.249-3.294). No estudo nacional de 2005 não se verificaram diferenças regionais significativas para a frequência de idas a consultas de saúde oral aos 12 anos (DGS, 2008). Neste estudo as regiões onde foi verificado uma maior frequência de idas a consultas de saúde oral foram na ARS Algarve com 79.3% (n=142) e ARS Norte com 79.1% (n=144) (p<0.001). No estudo de 2005 as maiores frequências foram registadas na ARS Centro (73%) e RA Madeira (n=72%).

Quanto à zona de residência e a frequência de idas a consultas verifica-se que existem diferenças (p=0.020) em ter ido alguma vez a uma consulta vivendo em zonas predominantemente rurais com 94.6% (n=246) comparando com 95.1% (n=634) em zonas predominantemente urbanas (anexo 2). As condições socioeconómicas são um factor que se encontra directamente relacionado com os cuidados de saúde oral (Davoglio *et al.*, 2009). A zona de residência mostrou ter uma associação estatisticamente significativa com as idas a consultas de saúde oral nos últimos 12 meses (p=0.020). Verificou-se que 79.6% (n=466) dos jovens de 12 anos residentes em zonas predominantemente urbanas visitaram um PSO no último ano, 74.9% (n=236) em zonas mediantemente urbanas e 67.5% (n=158) em zonas rurais. Comparando com dados anteriores em Portugal, os valores actuais relevam um maior acesso a consultas de saúde oral face a 1999, onde apenas 63% dos residentes em zonas urbanas visitavam um PSO anualmente, 36% dos que viviam em zonas mediantemente urbanas e 47.8% em zonas rurais, com um total de 58.3% de jovens de

12 anos a ir a uma consulta de saúde oral anualmente (Almeida *et al.*, 2003). Na China em crianças com 12 anos, os habitantes de zonas rurais visitaram mais um PSO que os habitantes de zonas urbanas, 34,8% e 28,6%, respectivamente (Zhu *et al.*, 2003). Na Califórnia, concluiu-se que 73.5 (± 0.6) % de crianças entre os 2 e os 12 anos tinham acedido a uma consulta de saúde oral nos 12 meses anteriores, sendo que 58.2 (± 0.6) % das visitas foram num contexto preventivo (Isong e Weintraub, 2005).

David *et al.*, (2005) observaram que aos 12 anos na Índia, apenas 38% dos habitantes de zonas rurais e 45% dos habitantes de zonas urbanas já tinham feito pelo menos uma visita a um PSO.

Neste estudo verificou-se uma relação entre o nível de escolaridade da mãe e idas mais frequentes a um PSO nos últimos 12 meses ($p=0.008$) com, 71% ($n=338$) de filhos de mães com o ensino básico, 76.6% ($n=275$) ensino secundário e 81.1% ($n=171$) ensino superior. Em Espanha um estudo verificou uma relação semelhante ($p=0.01$), com percentagens de 13.80%, 13.33% e 18.58%, respectivamente para mães com o ensino básico, secundário e superior (Lapresa; Barbero e Arizaleta, 2012). As visitas a um PSO tendem a aumentar com o nível de educação dos pais e um com um nível socioeconómico mais elevado (Kanli *et al.*, 2007; Okunseri *et al.*, 2013). Neste estudo constata-se ser filho de mães com nível de ensino básico (29%; $n=138$) aumenta a probabilidade de não ir pelo menos uma vez por ano a uma consulta de saúde oral comparando com filhos de mães com o nível de ensino superior (OR= 1.837; IC 95%: 1.227-2.750). Também Wierzbicka *et al.*, (2002) descrevem que filhos de mães com níveis de escolaridade mais elevados tendem a ir mais frequentemente ao dentista no ultimo ano que filhos de mães com baixa escolaridade (80, 71 e 69% respectivamente) e que estas diferenças são estatisticamente significativas ($p<0.01$). Neste estudo um maior nível de educação dos pais revelou-se estatisticamente associado com uma maior frequência de idas a um PSO nos últimos 12 meses ($p<0.05$), em concordância com um estudo realizado em adolescentes na China que obteve as mesmas conclusões ($p<0.001$) (Petersen, 2008). Taxas mais elevadas de visitas a um PSO encontram-se ligadas a um maior nível de escolaridade dos adultos responsáveis pelas crianças (Isong and Weintraub, 2005).

Neste estudo foi possível observar que os principais três motivos para ir a consultas de saúde oral foram: 1) “vigilância/rotina” com 39.2% ($n=513$) e com associação estatisticamente significativa ($p<0.05$) para todas as variáveis sociodemográficas com excepção do nível de escolaridade da mãe; 2) “tratamento de dentes” com 28.9% ($n=378$) e associado ($p<0.05$) com a região de saúde, nível de escolaridade dos pais e actividade laboral do pai; 3) “extracção” com 13.5% ($n=177$) e

cujas associações ($p < 0.05$) se verificou apenas para a escolaridade dos pais. No estudo nacional de 2005, o principal motivo para ir a uma consulta de saúde oral aos 12 anos era por “vigilância/rotina” com 56% ($n=465$), seguido de 22% ($n=180$) para tratamentos dentários (DGS, 2008).

No Sudão um estudo realizado com 1109 jovens de 12 anos foram reportados valores mais altos para uma extracção como o motivo principal para uma ida a uma consulta de saúde oral com 25.3 ($n=282$) (Nurelhuda *et al.*, 2009), no Brasil averiguou-se que 68.9% dos jovens consultavam uma consulta de saúde oral uma vez por ano, sendo 45% por motivos preventivos (Davoglio *et al.*, 2009).

Quanto ao género, neste estudo verificou-se que uma maior percentagem de elementos do género feminino, 41.8% ($n=299$), teve como motivo da última visita ao PSO uma consulta de vigilância/rotina (anexo 2), comparando com 36% ($n=214$) do género masculino, à semelhança de outros estudos (Sakalauskiene *et al.*, 2011).

No estudo nacional de 2005 quando se pretendeu saber como é que os jovens de 12 anos auto-avaliavam o seu estado de saúde oral, verificou-se que 93.8% ($n=785$) consideravam o seu estado como positivo (“razoável/bom/muito bom”) sendo que destes 44.8% ($n=375$) consideravam o seu estado como “bom” ou “muito bom” (DGS, 2008). Anos depois os resultados não são muito díspares, neste estudo verificou-se que 95.5% ($n=1250$) consideravam o seu estado de saúde oral como positivo (“razoável/bom/muito bom”) e 53.2% ($n=696$) consideravam o seu estado como “bom” ou “muito bom”.

Na Suécia um estudo com jovens de 19 anos verificou que 87.5% ($n=3167$) se encontravam satisfeitos com o seu estado de saúde oral, com uma ligeira satisfação nos rapazes face às raparigas, 88% e 87% respectivamente (Ekbäck *et al.*, 2008).

Analisando por género neste estudo não se verificou diferença entre os géneros na sua auto-avaliação ($p=0.733$), sendo que os rapazes se encontram mais satisfeitos que as raparigas, com 95.8% ($n=569$) e 95.5% ($n=681$), respectivamente.

Verificou-se uma associação entre a auto-percepção negativa dos jovens face à sua saúde oral com a escolaridade das mães ($p=0.038$) e com a escolaridade dos pais ($p=0.001$). Filhos de mães com o nível de escolaridade básico apresentam o triplo da probabilidade de terem uma má auto-percepção da sua saúde oral (OR= 3.477; IC95%: 1.217-9.932) quando comparados com mães com o ensino superior. A mesma tendência foi observada para a escolaridade do pai (OR= 5.930; IC95%: 1.412-24.748), o que tomando a escolaridade dos pais como um indicador “proxy” do nível socioeconómico traduz que quem se encontra em níveis socioeconómicos menos privilegiados têm uma menor auto-estima quanto à saúde oral. Neste estudo não se

averiguou relação entre a ocupação dos pais e a presença de problemas de saúde oral auto-avaliados.

Na Tanzânia um estudo que utilizou o OIDP (Oral Impacts in Daily Performance) em crianças dos 12 aos 21 observou uma relação para o nível de escolaridade dos pais (Kumar; Kroon e Lalloo, 2014). Num estudo realizado em adolescentes no Irão, no item sobre a auto-apreciação da saúde oral, a frequência de respostas “excelente/muito bom/bom” foi superior nos indivíduos de níveis socioeconómicos mais elevados (Ravaghi *et al.*, 2012).

Neste estudo verificou-se que 44.5% (n=578) afirmaram ter dor na cavidade oral nos últimos 12 meses. Na Grécia obtiveram-se resultados semelhantes com 37.4% mas avaliando as últimas quatro semanas (Pau; Baxevanos e Croucher, 2007). Na Inglaterra um estudo em crianças de 8 anos verificou que 48% já tinha tido algum tipo de dor na cavidade oral (Shepherd; Nadanovsky e Sheiham, 1999). Na Finlândia um estudo realizado verificou que um terço dos participantes (25% a 31%) já tinha tido algum tipo de dor na cavidade oral nos últimos 2 anos (Honkala *et al.*, 2001).

Na Carolina do Sul, 34% dos adolescentes disseram ter dores na cavidade oral nos últimos 12 meses (Yuen *et al.*, 2012) e 53% avaliando as últimas quatro semanas num estudo no Canadá (Locker e Grushka, 1987). Aos 8 anos na Índia 47% das crianças revelaram já ter sentido algum tipo de dor (Mittal *et al.*, 2012).

Comparando entre géneros, não há uma relação estatisticamente significativa ($p=0.921$) sendo as prevalências de dor muito semelhantes entre o género feminino e masculino, 44.8% (n=265) e 44.3% (n=313), respectivamente.

Na Grécia foram observados resultados semelhantes para a presença de dor na cavidade oral ($p=0.748$), com 36.3% (n=33) para o género masculino e 38.5% (n=37) para o género feminino (Pau *et al.*, 2007). No entanto diferentes crianças podem percepcionar a dor de maneira diferente (Honkala *et al.*, 2001).

A região de saúde foi a única variável que apresentou uma associação estatisticamente significativa ($p=0.001$) com a presença de dor na cavidade oral. As regiões de saúde do Centro (OR= 0.662; IC95%: 0.442-0.993), Algarve (OR= 0.467; IC95%: 0.308-0.703) e RA Açores (OR= 0.504; IC95%: 0.357-0.818) mostraram-se como protectoras para a presença de dor na cavidade oral, comparando com a ARS LVT. Os valores obtidos no Algarve podem estar relacionados com o facto de ser a única região que se mostrou como protectora para a adopção de hábitos de escovagem inadequados (OR= 0.606; IC95%: 0.379), uma vez que melhores hábitos de higiene oral promovem uma melhor saúde oral (USDHHS, 2000). Os valores obtidos na RA Açores para as frequências de idas a consultas (OR= 2.028; IC95%: 1.299-3.294) onde se vê que nesta região há menos probabilidade de ir regularmente

a uma consulta de saúde oral poderão estar relacionados com os valores obtidos para a dor. Não havendo o hábito de ir regularmente a consultas com um PSO, pode significar uma diminuição ou ausência de dor, o que faz com que a necessidade de ir a consultas seja menor que noutras regiões.

Neste estudo não foi encontrada associação entre a presença de dor na cavidade oral e a zona de residência, (OR= 0.961; IC95%: 0.720-1.283) para zonas predominantemente rurais (OR= 1.128; IC95%: 0.874-1.457) em comparação com zonas predominantemente rurais. Na Finlândia a dor de dentes mostrou-se associada com a área de residência, onde as crianças que mais reportaram dor viviam em cidades (45%) e 36% em áreas rurais (Honkala *et al.*, 2001). Na Tailândia um estudo com jovens entre os 12 e os 15 anos observou uma associação entre a dor na cavidade oral e a zona de residência, onde habitantes de zonas rurais têm maior risco de ter dor na cavidade oral (OR= 2.0; IC95%: 1-3.8) (Krisdapong *et al.*, 2013). A dor na cavidade oral associada aos dentes varia com factores como a zona de residência e o nível socioeconómico (Honkala *et al.*, 2001).

Yuen *et al.* (2012) não acharam relação entre o género e a estrutura familiar com a presença de dor à semelhança das conclusões deste estudo ($p>0.05$). Um estudo realizado com a aplicação da escala de qualidade de vida em saúde oral para crianças (Child-OIDP) aferiu que 40.5% das crianças referiam que os seus problemas de saúde orais tinham interferência nas suas rotinas de higiene oral (Castro *et al.*, 2011).

7. Conclusões

Neste estudo, no que diz respeito às rotinas diárias de higiene oral, concluiu-se que cerca de 70.6% (n=924) escova “duas ou mais vezes por dia”, 95.8% (n=890) usam um dentífrico fluoretado, 31.7% (n=391) utilizam produtos de auto-aplicação de flúor além do dentífrico e apenas 5.5% (n=71) fazem fio dentário diariamente, um número reduzido uma vez que se trata de uma técnica complementar à escovagem. O uso de fio dentário encontrou-se associado a todas as variáveis sociodemográficas com excepção da actividade laboral dos pais. A frequência de escovagem diária mostrou associações significativamente estatísticas com todas as variáveis sociodemográficas em estudo. Destas, as que se mostraram com mais impacto na frequência de escovagem, após a análise multivariada, foram o género, área de residência, escolaridade da mãe e actividade laboral do pai.

Sobre as frequências de idas a consultas de saúde oral 94.2% (n=1217) já foram a uma consulta de saúde oral e 74.5% (n=860) fizeram-no nos últimos 12 meses. A maior parte das idas a consultas de saúde oral prenderam-se com motivos como a vigilância/rotina, tratamento de dentes e extracção com 39.2% (n=513), 28.9% (n=378) e 13.5% (n=177), respectivamente. O nível de escolaridade dos pais mostrou-se estatisticamente associado com os três principais motivos de idas a consultas de saúde oral nos últimos 12 meses. A ida a uma consulta com um PSO nos últimos 12 meses mostrou-se associada de maneira significativa com a região de saúde, área de residência, escolaridade dos pais e actividade laboral da mãe.

Os jovens do género feminino, residentes em áreas urbanas, cujos pais têm maior nível de educação e os pais se encontram em situação laboral activa, são aqueles que apresentam uma frequência de escovagem mais adequada. Também são estes jovens que apresentam uma maior frequência de idas a consultas com um PSO por motivos de “vigilância e rotina”.

Quanto à satisfação com o estado de saúde oral 95.5% (n=1250) encontram-se satisfeitos com a saúde oral, classificando-a de razoável/boa/muito boa. A auto-avaliação do estado de saúde oral revelou estar associada com a zona de residência, nível de escolaridade dos pais e actividade laboral do pai.

Sobre a presença de dor, apenas 44.5% (n=57.8) afirma ter tido algum tipo de dor na cavidade oral nos últimos 12 meses, e a presença da mesma só mostrou ter relação com a região de saúde.

Os resultados obtidos neste estudo encontram-se de acordo com a literatura no campo dos determinantes e factores com influência na saúde oral.

Num balanço geral, Portugal encontra-se na média dos restantes países da Europa, sendo que o aspecto mais preocupante poderá ser a presença de dor na cavidade oral, abrangendo quase metade da amostra em estudo.

Como sugestão para futuros estudos, poderão ser estudadas novas variáveis como a relação matrimonial entre os pais, o número de pessoas do agregado familiar, o rendimento familiar e outros hábitos e problemas de saúde geral. Poderiam ser estudadas as relações entre a frequência de escovagem, frequências de idas, auto-percepção e presença de dor com o intuito de estabelecer ligações entre os vários comportamentos associados à manutenção da saúde oral, bem como a introdução e comparação dos dados clínicos com os auto-reportados. Os valores obtidos para a presença de dor na cavidade oral, sugerem que deviam ser desenvolvidos mais estudos para entender os determinantes envolvidos na experiência de dor, saber a expressão da mesma na população com fim de tentar encontrar estratégias para melhorar estes valores uma vez que a dor tem um grande impacto na qualidade de vida.

Devido às relações encontradas entre os factores sociodemográficos e os vários aspectos estudados sobre a saúde oral, este estudo contribui para diminuir as desigualdades em saúde oral. De futuro devem ser realizados mais estudos para a população portuguesa de modo a entender melhor a relação entre os determinantes de saúde e a saúde oral, para poderem ser delineadas estratégias mais direccionadas para grupos de risco específicos (rapazes, filhos de pais com baixo nível educacional ou situação laboral inactiva) que conduzam a mais ganhos em saúde e que coloquem Portugal nas metas definidas para a saúde oral.

8. Bibliografia

AHOVOU-SALORANTA, A. *et al.* - Sealants for preventing dental decay in permanent teeth. **Cochrane Database for Systematic Reviews**. 28:3 (2013). doi: 10.1002/14651858.CD001830.pub4.Sealants.

ALBANDAR, J. M.; TINOCO, E. M. B. - Global epidemiology of periodontal diseases in children and young persons. **Periodontology 2000**. 29 (2002) 153–76.

AL-HADDAD, K. A; AL-HEBSHI, N. N.; AL-AK'HALI, M. S. - Oral health status and treatment needs among school children in Sana'a City, Yemen. **International Journal of Dental Hygiene**. 8:2 (2010) 80–5. doi: 10.1111/j.1601-5037.2009.00398.x.

ALMEIDA, C. M. De *et al.* - Changing oral health status of 6- and 12-year-old schoolchildren in Portugal. **Community Dental Health**. 20 (2003) 211–216.

ANDERSEN, R. M. - Revisiting the behavioral model and access to medical care : Does it matter ? **Journal of Health and Social Behaviour**. 36:1 (1995) 1–10.

ANTHONAPPA, R. P.; KING, N. M. - “Six-month recall dental appointments, for all children, are (un)justifiable”. **The Journal of Clinical Pediatric Dentistry**. 33:1 (2008) 1–8.

ASHLEY, P. - Toothbrushing : why , when and how ? **Dental Update**. 28:1 (2001) 36–40.

ATCHISON, K. A.; GIFT, H. C. - Perceived Oral Health in a Diverse Sample. **Advances in Dental Research**. 11:2 (1997) 272–280. doi: 10.1177/08959374970110021001.

AYELE, F. A *et al.* - Predictors of Dental caries among children 7-14 years old in Northwest Ethiopia: a community based cross-sectional study. **BMC Oral Health**. . 13:7 (2013) e1–6. doi: 10.1186/1472-6831-13-7.

BADER, J. - Risk-based recall intervals recommended. **Evidence-based dentistry**. 6:1 (2005) 2–4. doi: 10.1038/sj.ebd.6400305.

BAKDASH, B. - Current patterns of oral hygiene product use and practices. **Periodontology 2000**. 8 (1995) 11–4.

BALDANI, M. H. *et al.* - Inequalities in dental services utilization among Brazilian low-income children: the role of individual determinants. **Journal of Public Health Dentistry**. 71 (2011) 46–53. doi: 10.1111/j.1752-7325.2010.00201.x.

BLAS, E.; KURUP, S. (EDS.) - **Equity, social determinants and public health programmes**. Geneva : World Health Organization, Geneva, 2010. 1–291 p.

BRANDEN, S. Van De *et al.* - Oral health and oral health-related behaviour in preschool children: evidence for a social gradient. **European Journal of Pediatrics**. . 172 (2013) 231–7. doi: 10.1007/s00431-012-1874-6.

BURT, B. A - Concepts of risk in dental public health. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. 33:4 (2005) 240–7. doi: 10.1111/j.1600-0528.2005.00231.x.

CAHRU - **Inequalities in young people ' s health Key findings from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2005 / 2006 survey**. Edinburgh : Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU), 2008. 1–5 p.

CASTILHO, A. R. F. De *et al.* - Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. **Jornal de Pediatria**. 89:2 (2013) 116–23. doi: 10.1016/j.jpmed.2013.03.014.

CASTRO, R. D. A L. *et al.* - Oral health-related quality of life of 11- and 12-year-old public school children in Rio de Janeiro. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. 39 (2011) 336–44. doi: 10.1111/j.1600-0528.2010.00601.x.

CHATTOPADHYAY, A.; KUMAR, J. V; GREEN, E. L. - The New York State Minority Health Survey: Determinants of Oral Health Care Utilization. **Journal of Public Health Dentistry**. 63:3 (2003) 158–65.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH - **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health**

COOK, S. L. *et al.* - Dental caries experience and association to risk indicators of remote rural populations. **International Journal of Pediatric Dentistry**. 18 (2008) 275–283. doi: 10.1111/j.1365-263X.2007.00889.x.

DAVENPORT, C. F. *et al.* - The effectiveness of routine dental checks: a systematic review of the evidence base. **British Dental Journal**. 195:2 (2003) 87–98. doi: 10.1038/sj.bdj.4810337.

DAVID, J. *et al.* - Dental caries and associated factors in 12-year-old schoolchildren in Thiruvananthapuram, Kerala, India. **International Journal of Paediatric**. 15 (2005) 420–428.

DAVIDSON, P. L.; RAMS, T. E.; ANDFRSEN, R. M. - Socio-Behavioral Determinants of Oral Hygiene Practices Among USA Ethnic and Age Groups. **Advances in Dental Research**. 11:2 (1997) 245–253. doi: 10.1177/08959374970110020701.

DAVIES, R. M. *et al.* - Prevention. Part 4: Toothbrushing: what advice should be given to patients? **British Dental Journal**. 195:3 (2003) 135–41. doi: 10.1038/sj.bdj.4810396.

DAVOGLIO, R. *et al.* - Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em escolares de uma cidade da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 24:9 (2008) 1991–2000.

DAVOGLIO, R. S. *et al.* - Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**. 25:3 (2009) 655–667.

DAVOGLIO, R. S.; ABEGG, C.; AERTS, R. G. De C. - Factors related to the use of dental services among adolescents from Gravataí , RS , Brazil , in 2005. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 16:2 (2013) 546–554.

DELJO, E. *et al.* - Impact of Continuous Education About Oral Hygiene on the Changes of CPI-index for 12-15-year-old Schoolchildren. **Acta Informatica Medica**. . 19:4 (2011) 220–3. doi: 10.5455/aim.2011.19.220-223.

DESPACHO n.º153 /2005. D.R. n.º.110 IIª série (06/06/07) – Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral.

DGS - **Saúde Oral - Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais**. Lisboa : [2008.]

DO, L. G. - Distribution of Caries in Children: Variations between and within Populations. **Journal of Dental Research**. 91:6 (2012) 536–543. doi: 10.1177/0022034511434355.

DOMINGUEZ-ROJAS, V. *et al.* - Analysis of several risks factors involved in dental caries through multiple logistic regression. **International Dental Journal**. 43:2 (1993) 149–56.

DONALDSON, A. N. *et al.* - The Effects of Social Class and Dental Attendance on Oral Health. **Journal of Dental Research**. 87:1 (2008) 60–64. doi: 10.1177/154405910808700110.

DORRI, M.; SHEIHAM, A.; WATT, R. - Relationship between general hygiene behaviours and oral hygiene behaviours in Iranian adolescents. **European Journal of Oral Sciences**. 117:7 (2009) 407–412.

EAPD - Guidelines on the use of fluoride in children: an EAPD policy document. **European Archives of Paediatric Dentistry**. 10:3 (2009) 129–135.

EATON, K. A.; CARLILE, M. J. - Tooth brushing behaviour in Europe: opportunities for dental public health. **International Dental Journal**. 58 (2008) 287–293. doi: 10.1922/IDJ.

EKBÄCK, G. *et al.* - Self-perceived oral health among 19-year-olds in two Swedish counties. **Swedish Dental Journal**. 32 (2008) 83–93.

FERRARO, M.; VIEIRA, A. R. - Explaining Gender Differences in Caries: A Multifactorial Approach to a Multifactorial Disease. **International Journal of Dentistry**. (2010) 1–5. doi: 10.1155/2010/649643.

FISHER-OWENS, S. A. *et al.* - Influences on children's oral health: a conceptual model. **Pediatrics**. 120:3 (2007) e510–20. doi: 10.1542/peds.2006-3084.

FREIRE, M.; SHEIHAM, A.; BINO, Y. A. - Hábitos de higiene bucal e fatores sociodemográficos em adolescentes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 10:4 (2007) 606–614.

FRENCKEN, J. E. - The state-of-the-art of ART sealants. **Dental Update**. . 41:2 (2014) 119–20, 122–4.

GABARDO, M. C. L.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. - Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**. 33:76 (2013) 439–445.

GUSSY, M.; BRACKSLEY, S.; BOXALL, A. - How often should you have dental visits? authors what does the evidence say? **Australian Healthcare and Hospitals Institute**. 10 (2013) 1–6.

HAMASHA, A. A. *et al.* - Oral Health Behaviors of Children in Low and High Socioeconomic Status Families. **Pediatric Dentistry**. 28:4 (2006) 310–5.

HARRIS, R. *et al.* - Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. **Community Dental Health**. 21:2004) 71–85.

HOBDELL, M. *et al.* - Global goals for oral health 2020. **International Dental Journal**. 53 (2003) 285–288.

HONKALA, E. *et al.* - The Trend and Risk Factors of Perceived Toothache among Finnish Adolescents from 1977 to 1997. **Journal of Dental Research**. 80:9 (2001) 1823–1827. doi: 10.1177/00220345010800091001.

IASONOS, A. *et al.* - How to build and interpret a nomogram for cancer prognosis. **Journal of Clinical Oncology**. 26:8 (2008) 1364–70. doi: 10.1200/JCO.2007.12.9791.

IASP - **Classification of chronic pain - Descriptons of chronic pain syndromes and definitions of pain terms**. 2nd. ed. Seattle : IASP Press, 1994. 1–238 p. ISBN 0931092051.

IDRIS, F. A. I. - Periodontal disease prevalence and some related factors among 15 years old school children in Khartoum State , Sudan. **Sudanese Journal of Public Health**. 5:4 (2010) 187–192.

INE - **Censos 2011 - Resultados Definitivos Portugal**. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, 2012. 1–560 p. ISBN 9789892501819.

ISONG, U.; WEINTRAUB, J. A. - Determinants of Dental Service Utilization Among 2 to 11-year-old California Children. **Journal of Public Health Dentistry**. . 65:3 (2005) 138–45.

JESSOR, R. - Problem behavior and developmental transition in adolescence. **The Journal of School Health**. 52:5 (1982) 295–300.

JUNG, S. *et al.* - Socio-economic status and oral health-related behaviours in Korean adolescents. **Social Science & Medicine**. 70:11 (2010) 1780–1788. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.02.022.

JÜRGENSEN, N.; PETERSEN, P. E. - Oral health and the impact of socio-behavioural factors in a cross sectional survey of 12-year old school children in Laos. **BMC Oral Health**. 9:29 (2009). doi: 10.1186/1472-6831-9-29.

KANLI, A. *et al.* - Effects of oral health behaviors and socioeconomic factors on a group of Turkish adolescents. **Quintessence International**. 38:7 (2007) 26–32.

KRISDAPONG, S. *et al.* - School absence due to toothache associated with sociodemographic factors, dental caries status, and oral health-related quality of life in 12- and 15-year-old Thai children. **Journal of Public Health Dentistry**. 73:4 (2013) 321–8. doi: 10.1111/jphd.12030.

KUMAR, S.; KROON, J.; LALLOO, R. - A systematic review of the impact of parental socio-economic status and home environment characteristics on children's oral health related quality of life. **Health and Quality of Life Outcomes**. 12:41 (2014) 1–15. doi: 10.1186/1477-7525-12-41.

KUUSELA, S.; HONKALA, E.; RIMPELÄ, A. - Toothbrushing frequency between the ages of 12 and 18 years- longitudinal prospective studies of Finnish adolescents. **Community Dental Health**. 13:1 (1996) 34–9.

LANCET, T. - Oral health: prevention is key. **Lancet**. 373:3 (2009) 1. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61933-9.

LAPRESA, L. B.; BARBERO, B. S. - Variables Asociadas al uso de los servicios de salud bucodental por la población preescolar de España: un análisis de la encuesta nacional de salud. **Revista Española de Salud Pública**. 86:1 (2012) 115–124.

LAPRESA, L. B.; BARBERO, B. S.; ARIZALETA, L. H. - Prevalencia de hábitos bucodentales saludables en la población infanto-juvenil residente en España. **Anales de Pediatría**. 76:3 (2012) 140–147. doi: 10.1016/j.anpedi.2011.09.005.

LAPRESA, L. B.; BARBERO, B. S. - Análisis multinivel del uso de servicios de salud bucodental por población infanto-juvenil. **Gaceta Sanitaria**. 25:5 (2011) 391–6. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.03.011.

LEI nº. 48/90. [Em linha]. Diário da República: I Série, N°135 (90- Disponível em WWW:<URL:www.dre.pt>.

LEVIN, K. A; CURRIE, C. - Inequalities in toothbrushing among adolescents in Scotland 1998-2006. **Health Education Research**. 24:1 (2008) 87–97. doi: 10.1093/her/cym096.

LEVIN, K. A.; CURRIE, C. - Adolescent toothbrushing and the home environment: sociodemographic factors, family relationships and mealtime routines and disorganisation. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. 38:2010) 10–8. doi: 10.1111/j.1600-0528.2009.00509.x.

LISTL, S. - Inequalities in Dental Attendance throughout the Life-course. **JDR Clinical Research Supplement**. 91:1 (2012) 91–97. doi: 10.1177/0022034512447953.

LOCKER, D.; GRUSHKA, M. - Prevalence of oral and facial pain and discomfort: preliminary results of a mail survey. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. 15:3 (1987) 169–72.

LOUREIRO, I.; MIRANDA, N. - **Promover a Saúde - Dos fundamentos à acção**. Coimbra : [2010]. 337 p.

LU, H. *et al.* - Trends in oral health from childhood to early adulthood : a life course approach. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. 39 (2011) 352–360. doi: 10.1111/j.1600-0528.2011.00611.x.

MAES, L. *et al.* - Tooth brushing and social characteristics of families in 32 countries. **International Dental Journal**. 56 (2006) 159–167.

MARINHO, V. *et al.* - Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents (Review). **Cochrane Database for Systematic Reviews**. 1 (2003) 1–104. doi: 10.1002/14651858.CD002278.

MARMOT, M. - Social determinants of health inequalities. **Lancet**. 365 (2005) 1099–1104.

MATOS, D. *et al.* - Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. **Cadernos de Saúde Pública**. 17:3 (2001) 661–668.

MATOS, M. G. *et al.* - **A saúde dos adolescentes portugueses - Relatório do estudo HBSC 2010**. 1º. ed. 1–175 p. ISBN 9789899584952.

MITTAL, M. *et al.* - Prevalence and impact of oral pain in 8 year-old children in india. **Journal of Oral Sciences & Oral Rehabilitation**. (2012) 37–40.

MOYSÉS, S. J. - Inequalities in oral health and oral health promotion. **Brazilian Oral Research**. 26:1 (2012) 86–93.

NEWTON, J. T.; BOWER, E. J. - The social determinants of oral health : new approaches to conceptualizing and researching complex causal networks. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. 33 (2005) 25–34.

NICE - Dental recall - Recall interval between routine dental examinations

NIIRANEN, T.; WIDSTRÖM, E.; NISKANEN, T. - Oral Health Care Reform in Finland - aiming to reduce inequity in care provision. **BMC Oral Health**. 8:3 (2008). doi: 10.1186/1472-6831-8-3.

NOURIJELYANI, K. *et al.* - The Influence of Mothers' Lifestyle and Health Behavior on Their Children: An Exploration for Oral Health. 16:2 (2014) 1–8. doi: 10.5812/ircmj.16051.

NURELHUDA, N. M. *et al.* - Oral health status of 12-year-old school children in Khartoum state, the Sudan; a school-based survey. **BMC Oral Health**. 9:15 (2009) e1–9. doi: 10.1186/1472-6831-9-15.

NUTBEAM, D. - **Health promotion glossary** [Em linha]. [S.l.] : World Health Organization, Geneva, 1998. 113–27 p. Disponível em WWW:<URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16963461>.

OKUNSERI, C. *et al.* - Predictors of Dental Care Use: Findings From the National Longitudinal Study of Adolescent Health. **The Journal of Adolescent Health**. 53:5 (2013) 663–70. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.05.013.

PAU, A.; BAXEVANOS, K. G.; CROUCHER, R. - Family structure is associated with oral pain in 12-year-old Greek schoolchildren. **International Journal of Paediatric Dentistry**. 17 (2007) 345–51. doi: 10.1111/j.1365-263X.2007.00842.x.

PAULA, J. S. De *et al.* - The impact of socioenvironmental characteristics on domains of oral health-related quality of life in Brazilian schoolchildren. **BCM Oral Health**. 13:10 (2013). doi: 10.1186/1472-6831-13-10.

PERES, K. G. *et al.* - Sociodemographic and clinical aspects of quality of life related to oral health in adolescents. **Revista de Saúde Pública**. 47:Supl 3 (2013) 19–28. doi: 10.1590/S0034-8910.2013047004361.

PERES, M. A. *et al.* - Life course dental caries determinants and predictors in children aged 12 years: a population-based birth cohort. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. 37:2 (2009) 123–133. doi: 10.1111/j.1600-0528.2009.00460.x.

PETERSEN, P. E. - The global challenges in work for Oral Health of All. **Journal of Dentistry**. . ISSN 0300-5712. 39 (2011). doi: 10.1016/j.jdent.2011.11.011.

PETERSEN, P. E.; KWAN, S. - The 7 th WHO Global Conference on Health Promotion - towards integration of oral health (Nairobi , Kenya 2009). **Community Dental Health**. 27:1 (2010) 129–136. doi: 10.1922/CDH.

PETERSEN, P. E. - **The World Oral Health Report 2003**. Geneva : [2003.]

PETERSEN, P. E. *et al.* - The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bulletin of the World Health Organization**. 83:9 (2005) 661–669.

PETERSEN, P. E. *et al.* - Oral and general health behaviours among Chinese urban adolescents. **Community dentistry and oral epidemiology**. 36 (2008) 76–84. doi: 10.1111/j.1600-0528.2007.00375.x.

PETERSEN, P. E. - Global policy for improvement of oral health in the 21st - implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. 37:1 (2009) 1–8. doi: 10.1111/j.1600-0528.2008.00448.x.

PETERSEN, P. E.; KWAN, S. - Evaluation of community-based oral health promotion and oral disease prevention - WHO recommendations for improved evidence in public health practice. **Community Dental Health**. 21 (2004) 319–29.

PETERSEN, P. E.; KWAN, S. - Equity, social determinants and public health programmes - the case of oral health. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. 39:6 (2011) 481–7. doi: 10.1111/j.1600-0528.2011.00623.x.

PINILLA, J.; GONZÁLEZ, B. - Exploring changes in dental workforce , dental care utilisation and dental caries levels in Europe, 1990-2004. **International Dental Journal**. 59 (2009) 87–95. doi: 10.1922/IDJ.

PITTS, N. *et al.* - Global Oral Health Inequalities: Dental Caries Task Group - Research Agenda. **Advances in Dental Research**. 23:2 (2011) 211–220. doi: 10.1177/0022034511402016.

POLK, D. E.; WEYANT, R. J.; MANZ, M. C. - Socioeconomic factors in adolescents' oral health: are they mediated by oral hygiene behaviors or preventive interventions? **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. 38 (2010) 1–9. doi: 10.1111/j.1600-0528.2009.00499.x.

RAJAB, L. D. *et al.* - Oral health behaviour of schoolchildren and parents in Jordan. **International Journal of Paediatric**. 12 (2002) 168–176.

RAVAGHI, V. *et al.* - Socioeconomic status and self-reported oral health in Iranian adolescents: the role of selected oral health behaviors and psychological factors. **Journal of Public Health Dentistry**. 72 (2012) 198–207. doi: 10.1111/j.1752-7325.2012.00330.x.

ROSSOW, I. - Intrafamily influences on health behavior. A study of interdental cleaning behavior. **Journal of Clinical Periodontology**. 19:10 (1992) 774–8.

ROTH-ISIGKEIT, A. *et al.* - Pain among children and adolescents: restrictions in daily living and triggering factors. **Pediatrics**. 115:2 (2005) e152–62. doi: 10.1542/peds.2004-0682.

ROWAN-LEGG, A. - Oral health care for children – a call for action. **Canadian Paediatric Society**. 18:1 (2013) 37–43.

SABBAH, W. *et al.* - Social Gradients in Oral and General Health. **Journal of Dental Research**. 86:10 (2007) 992–996. doi: 10.1177/154405910708601014.

SAKALAUSKIENE, Z. *et al.* - Factors Related to Gender Differences in Toothbrushing Among Lithuanian Middle-Aged University Employees. **Medicina (Kaunas)**. 47:3 (2011) 180–186.

SAKKI, T. K.; KNUUTTILA, M. L.; ANTTILA, S. S. - Lifestyle, gender and occupational status as determinants of dental health behavior. **Journal of Clinical Periodontology**. 25:7 (1998) 566–70.

SANTHOSH, K. *et al.* - Socio-behavioral variables effecting oral hygiene and periodontal status of 12 year-old schoolchildren of Udaipur district. **Odontostomatologie tropicale**. 36:141 (2013) 27–33.

SAVAGE, M. F. *et al.* - Early preventive dental visits: effects on subsequent utilization and costs. **Pediatrics**. 114:4 (2004) e418–23. doi: 10.1542/peds.2003-0469-F.

SELWITZ, R. H.; ISMAIL, A. I.; PITTS, N. B. - Dental caries. **Lancet**. 369:9555 (2007) 51–9. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60031-2.

SHEIHAM, A. - Oral health, general health and quality of life. **Bulletin of the World Health Organization**. 83:9 (2005) 644–645. doi: /S0042-96862005000900004.

SHEIHAM, A.; NICOLAU, B. - Evaluation of social and psychological factors in periodontal disease. **Periodontology** 2000. 39:112 (2005) 118–31. doi: 10.1111/j.1600-0757.2005.00115.x.

SHEPHERD, M. A; NADANOVSKY, P.; SHEIHAM, A. - The prevalence and impact of dental pain in 8-year-old school children in Harrow, England. **British Dental Journal**. 187:1 (1999) 38–41.

SMYTH, E.; CAAMAÑO, F. - Factors Related to dental health in 12 years-old children: a cross-sectional study in pupils. **Gaceta Sanitaria**. 19:2 (2005) 113–119.

SMYTH, E.; CAAMAÑO, F.; FERNÁNDEZ-RIVEIRO, P. - Oral health knowledge, attitudes and practice in 12-year-old schoolchildren. **Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal**. 12:8 (2007) 614–620.

STARFIELD, B. *et al.* - Social class gradients in health during adolescence. **Journal of epidemiology and community health**. 56:5 (2002) 354–61.

TELFORD, C.; COULTER, I.; MURRAY, L. - Exploring socioeconomic disparities in self-reported oral health among adolescents in california . **The Journal of the American Dental Association**. 142:1 (2011) 70–75.

TREADWELL, H.; RO, M. - Community-Based Oral Health Prevention: Issues and Opportunities. **American Journal of Preventive Medicine**. 23:1S (2002) 8–12.

USDHHS - **Oral Health in America: A Report of the Surgeon General**. [2000] : U.S. Department of Health and Human Services. National Institute of Dental and Craniofacial Research. National Institutes of Health., 2000

VETTORE, M. V. *et al.* - Condição socioeconômica, escovação dentária e comportamentos em saúde em adolescentes brasileiros: uma análise a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Cadernos de Saúde Pública**. 28:2012) 101–113.

WATT, R. G. - From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. 35:1 (2007) 1–11.

WATT, R.; SHEIHAM, A. - Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. **British Dental Journal**. 187:1 (1999) 6–12.

WHITEHEAD, M. - **The concepts and principles of equity and health** [Em linha] Disponível em WWW:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1644507>>.

WHO - **Health Impact Assessment (HIA) - Glossary of terms used** [Em linha], atual. 2014. a. [Consult. 20 abr. 2014]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html>>.

WHO - **Salud del adolescente** [Em linha], atual. 2014. b. [Consult. 13 mar. 2013]. Disponível em WWW:<URL:http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/>.

WIERZBICKA, M. *et al.* - Changing oral health status and oral health behaviour of schoolchildren in Poland. **Community Dental Health**. 19 (2002) 243-50.

WONG, M. C. M. *et al.* - Cochrane Reviews on the Benefits/Risks of Fluoride Toothpastes. **Journal of Dental Research**. 90:5 (2011) 573–9. doi: 10.1177/0022034510393346.

YUEN, H. *et al.* - Factors Associated with Toothache among African American Adolescents Living in Rural South Carolina. **Social Work in Public Health**. 26:7 (2012) 695–707. doi: 10.1080/19371918.2010.525152.Factors.

ZHU, K. *et al.* - Oral health knowledge , attitudes and behaviour of children and adolescents in China. **International Dental Journal**. 53 (2003) 289–298.

9. Anexos

Anexo 1 – Questionário do III ENPDO

III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais		12 anos
Entrevista		
Observador: Registador: Entrevistador:		ID
Questionário		
1. Região de Saúde	1. ARS Norte 2. ARS Centro 3. ARS LVT 4. ARS Alentejo 5. ARS Algarve 6. RA Açores 7. RA Madeira	
2. Identificação do Agrupamento e da Escola		
3. Onde reside?	Concelho: Freguesia:	
4. Data de Nascimento		
5. Sexo	1. Masculino 2. Feminino	
6. Nível de escolaridade da mãe	1. Nunca foi à escola 2. Básico (do 1º ao 9º ano) 3. Secundário (do 10º ao 12º ano) 4. Licenciatura 5. Mestrado ou Doutoramento 6. Não sabe / Não tem a certeza 7. Não responde	
7. Nível de escolaridade do pai	1. Nunca foi à escola 2. Básico (do 1º ao 9º ano) 3. Secundário (do 10º ao 12º ano) 4. Licenciatura 5. Mestrado ou Doutoramento 6. Não sabe / Não tem a certeza 7. Não responde	
8. Atividade laboral da mãe nos últimos 12 meses	1. Trabalhadora 2. Desempregada 3. Doméstica 4. Estudante 5. Reformada 6. Sem capacidade para trabalhar 7. Faleceu 8. Não sabe / Não tem a certeza 9. Não responde	
9. Atividade laboral do pai nos últimos 12 meses	1. Trabalhador 2. Desempregado 3. Doméstico 4. Estudante 5. Reformado 6. Sem capacidade para trabalhar 7. Faleceu 8. Não sabe / Não tem a certeza 9. Não responde	
10. Quantas vezes escova os dentes?	1. Nunca 2. 1 vez por semana 3. Algumas vezes por semana 4. 1 vez por dia 5. 2 ou mais vezes por dia 6. Não sabe / Não tem a certeza 7. Não responde Se respondeu Nunca passa à perg. 13	

III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais

Entrevista

12 anos

11. Quando escova os dentes? (Pode assinalar mais do que uma opção)	1. De manhã 2. Depois do almoço 3. Depois do lanche 4. À noite 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
12. A pasta de dentes que usa tem flúor?	1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não tem a certeza 4. Não responde
13. Usa mais algum produto com flúor? (Pode assinalar mais do que 1 opção)	1. Sim, comprimidos 2. Sim, bochecho 3. Sim, outro 4. Não 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
14. Utiliza fio dentário (ou fita dentária)?	1. Sim, 1 ou mais vezes por dia 2. Sim, algumas vezes por semana 3. Sim, algumas vezes por mês 4. Não utiliza 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
15. Escovas os dentes na tua escola?	1. Sim, todos os dias 2. Sim, às vezes 3. Não 4. Não sabe / Não tem a certeza 5. Não responde
16. Já foi à tua escola alguém falar de saúde da boca e dos dentes? (Pode assinalar mais do que uma opção)	1. Sim, Higienista Oral 2. Sim, Enfermeiro 3. Sim, Médico Dentista 4. Sim, outro profissional 5. Não 6. Não sabe / Não tem a certeza 7. Não responde
17. Já foi a alguma consulta com um profissional de saúde oral (estomatologista, médico dentista ou higienista oral)?	1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não tem a certeza 4. Não responde Se respondeu 2 a 4, passa p/ a perg. 22
18. Há quanto tempo foi à consulta com um profissional de saúde oral?	1. Menos 1 ano 2. Mais de 1 ano e menos de 2 3. Mais de 2 anos e menos de 5 4. Mais de 5 anos 5. Nunca foi visto anteriormente 6. Não sabe / Não tem a certeza 7. Não responde Se respondeu 2 a 4, passa p/ a perg. 20; se respondeu 5, passa para a pergunta 22
19. Quantas vezes, nos últimos 12 meses, visitou o profissional de saúde oral?	1. Nenhuma vez 2. 1 Vez 3. 2 Vezes ou mais 4. Não sabe / Não tem a certeza 5. Não responde
20. Qual foi a principal razão da última visita ao profissional de saúde oral? (Pode assinalar mais do que uma opção)	1. Vigilância/rotina 2. Ortodontia 3. Urgência 4. Tratamento dos dentes 5. Extração 6. Prótese 7. Desdentação 8. Polimento 9. Aplicação tópica de flúor 10. Aplicação de selantes 11. Não sabe / Não tem a certeza 12. Não responde
21. Usa ou já usou aparelho ortodôntico fixo ou removível?	1. Sim 2. Não 3. Não sabe / Não tem a certeza 4. Não responde

III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais

Entrevista

12 anos

22. Quantas vezes por dia come e bebe (excluindo água) mesmo em pequenas quantidades?	1. Menos de 5 2. Entre 5 e 10 vezes 3. Mais de 10 vezes 4. Não sabe / Não tem a certeza 5. Não responde
23. Quantas vezes come, mesmo em pequenas quantidades, fruta fresca?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
24. Quantas vezes come, mesmo em pequenas quantidades, biscoitos, bolos, bolos com creme?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
25. Quantas vezes come, mesmo em pequenas quantidades, doces?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
26. Quantas vezes bebe, mesmo em pequenas quantidades, limonada, cola ou outros refrigerantes?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
27. Quantas vezes come, mesmo em pequenas quantidades, compotas ou mel?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
28. Quantas vezes come, mesmo em pequenas quantidades, pastilhas elásticas com açúcar?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
29. Evita comer alimentos açucarados para prevenir problemas com os dentes (cárie dentária)?	1. Sim, sempre 2. Sim, muitas vezes 3. Sim, poucas vezes 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
30. Fuma ou já fumou?	1. Nunca 2. Sim, até 10 cigarros/dia 3. Sim, mais de 10 cigarros/dia 4. Fume/experimental mas já não fume 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
31. Duma maneira geral como considera o estado de saúde da sua boca e dos seus dentes?	1. Muito bom 2. Bom 3. Razoável 4. Mau 5. Muito mau
32. Nos últimos 12 meses quantas vezes teve dificuldade em comer devido a problemas na boca ou nos dentes?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde

III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais

12 anos

Entrevista

33. Nos últimos 12 meses quantas vezes teve dificuldade em mastigar ou cortar a comida com os dentes devido a problemas na boca ou nos dentes?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
34. Nos últimos 12 meses quantas vezes teve dores de dentes, gengivas doridas ou feridas na boca?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
35. Nos últimos 12 meses quantas vezes se sentiu tenso por causa de problemas nos dentes ou na boca?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
36. Nos últimos 12 meses quantas vezes se sentiu embaraçado por causa da aparência dos dentes ou da prótese?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
37. Nos últimos 12 meses quantas vezes evitou conversar por causa da aparência dos dentes ou da prótese?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
38. Nos últimos 12 meses quantas vezes reduziu a participação em atividades sociais devido a problemas na boca ou nos dentes?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde
39. Teve dificuldade em fazer os trabalhos de casa ou estudar devido a problemas nos dentes ou na boca?	1. Muitas vezes 2. Às vezes 3. Raramente 4. Nunca 5. Não sabe / Não tem a certeza 6. Não responde

Anexo 2 – Tabelas das estatísticas descritivas

Frequência de Escovagem					
	1 ou menos vezes por semana	Algumas vezes por semana	1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia	p value
Região de Saúde					
ARS Norte	5 (2.6%)	16 (8.3%)	40 (20.8%)	131 (68.2%)	p=0.007
ARS Centro	5 (2.6%)	13 (6.2%)	38 (19.8%)	136 (70.8%)	
ARS LVT	3 (1.6%)	20 (10.4%)	36 (18.8%)	133 (69.3%)	
ARS Alentejo	4 (2.2%)	15 (8.2%)	35 (19.0%)	130 (70.7%)	
ARS Algarve	1 (20.5%)	35 (2.7%)	35 (19.0%)	143 (77.7%)	
RA Açores	13 (7.1%)	130 (2.2%)	35 (19.1%)	131 (71.5%)	
RA Madeira	6 (3.3%)	14 (7.7%)	42 (23.1%)	120(65.9%)	
Sexo					
Masculino	25 (4.2%)	51 (8.6%)	141 (23.7%)	377 (63.5%)	p<0.001
Feminino	12 (1.7%)	36 (5.0%)	120 (16.8%)	547 (76.5%)	
Área de residência					
Predominantemente Rural	10 (3.8%)	26 (9.9%)	63 (24.0%)	262 (62.2%)	p=0.001
Medianamente Urbana	14 (3.8%)	22 (5.9%)	86 (23.2%)	371 (67.1%)	
Predominantemente Urbana	13 (1.9%)	39 (5.8%)	112 (16.6%)	512 (75.7%)	
Escolaridade Mãe					
Até ao básico	25 (4.5%)	44 (7.9%)	137 (24.7%)	349 (62.9%)	p<0.001
Secundário	5 (1.3%)	19 (5.0%)	57 (14.9%)	302 (78.9%)	
Ensino Superior	2 (0.9%)	7 (3.1%)	37 (16.5%)	178 (79.5%)	
Escolaridade Pai					
Até ao Básico	28 (4.3%)	54 (8.4%)	141 (21.9%)	421 (65.4%)	p=0.001
Secundário	5 (1.7%)	11 (3.8%)	47 (16.2%)	228 (78.4%)	
Ensino Superior	1 (0.9%)	3 (1.7%)	24 (14.0%)	144 (79.5%)	
Actividade Mãe**					
Trabalhadora	23 (4.5%)	56 (7.9%)	185 (24.7%)	704 (62.9%)	p=0.007
Desempregada	7 (1.3%)	12 (5.0%)	49 (14.9%)	125 (78.9%)	
Outros	6 (0.9%)	18 (3.1%)	24 (16.4%)	90 (79.5%)	
Actividade Pai					
Trabalhador	23 (2.1%)	64 (5.9%)	198 (18.4%)	729 (73.5%)	p<0.001*
Desempregado	11 (7.2%)	15 (9.8%)	40 (26.1%)	287 (56.9%)	
Outros	0 (0.0%)	5 (12.2%)	12 (29.3%)	24 (58.5%)	
*Não cumpre os pressupostos do teste do Qui-Quadrado;**Foi agrupado o “domestica” ao “outros” para respeitar as condições de aplicabilidade do qui-quadrado.					

Usa um dentífrico fluoretado?			
	Sim	Não	p value
Região de Saúde			
ARS Norte	116 (97.5%)	3 (2.5%)	p=0.044
ARS Centro	162 (97.6%)	4 (2.4%)	
ARS LVT	125 (98.4%)	2 (1.6%)	
ARS Alentejo	155 (95.1%)	8 (4.9%)	
ARS Algarve	125 (95.4%)	6 (4.6%)	
RA Açores	90 (95.7%)	4 (4.3%)	

RA Madeira	117 (90.7%)	12 (9.3%)	
Sexo			
Masculino	392 (94.2%)	24 (5.8%)	p=0.024
Feminino	498 (97.1%)	15 (2.9%)	
Área de residência			
Predominantemente Rural	197 (94.7 %)	11 (5.3%)	p=0.320
Medianamente Urbana	241 (94.9%)	13 (5.1%)	
Predominantemente Urbana	452 (96.8%)	15 (3.2%)	
Escolaridade Mãe			
Até ao Básico	347 (94.8%)	19 (5.2%)	p=0.199
Secundário	271 (97.1%)	8 (2.9%)	
Ensino Superior	183 (97.3%)	5 (2.7%)	
Escolaridade Pai			
Até ao Básico	416 (95.6%)	19 (4.4%)	p=0.266
Secundário	210 (95.9%)	9 (4.1%)	
Ensino Superior	139 (98.6%)	2 (4.4%)	
Actividade Mãe**			
Trabalhadora	667 (95.8%)	29 (4.2%)	p=0.440
Desempregada	130 (94.2%)	8 (5.8%)	
Outros	85 (97.7%)	2 (2.3%)	
Actividade Pai			
Trabalhador	751 (96.2%)	30 (3.8%)	p=0.985*
Desempregado	91 (95.8%)	4 (4.2%)	
Outros	25 (96.2%)	1 (3.8%)	
*Não cumpre os pressupostos do teste do Qui-Quadrado;** Foi agrupado o “doméstica” ao “outros” para respeitar as condições de aplicabilidade do qui-quadrado.			

Utiliza mais algum produto com flúor?				
	Comprimidos e Bochecho***	Outro	Não	p value
Região de Saúde				
ARS Norte	57 (31.7%)	0 (0.0%)	123 (68.3%)	p=0.294*
ARS Centro	67 (36.0%)	0 (0.0%)	119 (64.0%)	
ARS LVT	56 (32.2%)	2 (1.1%)	116 (66.7%)	
ARS Alentejo	59 (32.4%)	1 (0.5%)	122 (67.0%)	
ARS Algarve	50 (28.6%)	0 (0.0%)	125 (71.4%)	
RA Açores	41 (25.5%)	0 (0.0%)	120 (74.5%)	
RA Madeira	61 (34.9%)	2 (1.1%)	112 (64.0%)	
Sexo				
Masculino	176 (31.1%)	2 (0.4%)	388 (68.6%)	p=0.874*
Feminino	215 (32.2%)	3 (0.4%)	449 (67.3%)	
Área de residência				
Predominantemente Rural	63 (25.4%)	5 (2.0%)	180 (72.6%)	p<0.001*
Medianamente Urbana	117 (33.3%)	0 (0.0%)	234 (67.7%)	
Predominantemente Urbana	211 (33.3%)	0 (0.0%)	423 (66.7%)	
Escolaridade Mãe				

Até ao Básico Secundário Ensino Superior	152 (29.4%) 116 (32.2%) 80 (37.0%)	2 (0.4%) 1 (0.3%) 0 (0.0%)	363 (70.2%) 243 (67.4%) 136 (63.0%)	p=0.304*
Escolaridade Pai				
Até ao Básico Secundário Ensino Superior	172 (28.5%) 96 (34.9%) 70 (42.2%)	2 (0.3%) 1 (0.4%) 0 (0.0%)	429 (71.1%) 178 (64.7%) 96 (57.8%)	p=0.304*
Actividade Mãe**				p=0.013*
Trabalhadora Desempregada Outros	296 (32.6%) 61 (33.3%) 30 (22.9%)	4 (0.4%) 1 (0.5%) 0 (0.0%)	429 (67.0%) 121 (66.1%) 101 (77.1%)	
Actividade Pai				
Trabalhador Desempregado Outros	325 (32.6%) 116 (33.3%) 80 (28.9%)	3 (0.3%) 1 (0.7%) 0 (0.0%)	685 (67.6%) 100 (68.5%) 27 (71.7%)	p=0.917*
*Não cumpre os pressupostos do teste do Qui-Quadrado; **Foi agrupado o "domestica" ao "outros" para passar no qui-quadrado; *** Foi agrupado o "bochecho" e "comprimidos" devido à pouca representatividade de uma das classes;				

Usa fio ou fita dentária?					
	1 ou mais vezes por dia	Algu mas vezes por semana	Algumas vezes por mês	Não	p value
Região de Saúde					
ARS Norte	10 (5.2%)	24 (12.6%)	18 (9.4%)	139 (72.8%)	p<0.001
ARS Centro	8 (4.2%)	26 (13.5%)	29 (15.1%)	129 (67.2%)	
ARS LVT	16 (8.3%)	28 (14.6%)	26 (13.5%)	122 (63.5%)	
ARS Alentejo	11 (6.0%)	21 (11.4%)	13 (7.1%)	139 (75.5%)	
ARS Algarve	12 (6.7%)	38 (21.3%)	26 (14.6%)	102 (57.3%)	
RA Açores	7 (3.8%)	13 (7.1%)	13 (7.1%)	144 (81.9%)	
RA Madeira	7 (3.7%)	32 (17.7%)	29 (16.0%)	113 (62.4%)	
Sexo					
Masculino	24 (4.1%)	68 (11.5%)	70 (11.9%)	428 (72.5%)	p=0.012
Feminino	47 (6.6%)	114 (16.1%)	84 (11.8%)	465 (65.5%)	
Área de residência					
Predominantemente Rural	9 (3.4%)	36 (13.7%)	19 (7.3%)	198 (75.6%)	p<0.001
Medianamente Urbana	18 (4.9%)	34 (9.2%)	46 (12.4%)	273 (73.6%)	
Predominantemente Urbana	44 (6.6%)	112 (16.8%)	89 (13.3%)	422 (63.3%)	
Escolaridade Mãe					
Até ao Básico	25 (4.5%)	59 (10.7%)	58 (10.5%)	411 (74.3%)	p<0.001
Secundário	24 (6.3%)	57 (15.0%)	55 (14.5%)	244 (64.2%)	
Ensino Superior	18 (8.1%)	49 (22.0%)	26 (11.7%)	130 (58.3%)	
Escolaridade Pai					
Até ao Básico	24 (3.8%)	78 (12.2%)	79 (12.3%)	459 (71.7%)	p<0.001
Secundário	25 (8.6%)	39 (13.4%)	36 (12.4%)	190 (65.5%)	
Ensino Superior	14 (8.2%)	38 (22.2%)	21 (12.3%)	98 (57.3%)	
Actividade Mãe*					
Trabalhadora	52 (5.4%)	145 (15.1%)	118 (12.3%)	646 (67.2%)	

Desempregada	14 (7.3%)	26 (13.5%)	21 (10.9%)	131 (68.2%)	p=0.177
Outros	5 (3.6%)	11 (8.0%)	14 (10.2%)	107 (78.1%)	
Actividade Pai					p=0.429
Trabalhador	62 (5.8%)	155 (14.6%)	132 (12.3%)	721 (67.4%)	
Desempregado	7 (4.6%)	18 (11.8%)	11 (7.2%)	116 (76.3%)	
Outros	2 (5.0%)	6 (15.0%)	6 (15.0%)	26 (65.0%)	
* Foi agrupado o “domestica” ao “outros” para respeitar as condições de aplicabilidade do qui-quadrado.					

Já foi a uma consulta com um profissional de saúde oral? (estomatologista, médico dentista ou higienista oral)			
	Sim	Não	p value
Região de Saúde			p=0.001
ARS Norte	188 (98.4%)	3 (1.6%)	
ARS Centro	184 (96.8%)	6 (3.2%)	
ARS LVT	184 (96.3%)	7 (3.7%)	
ARS Alentejo	171 (94.5%)	10 (5.5%)	
ARS Algarve	183 (99.5%)	1 (0.5%)	
RA Açores	144 (80.0%)	36 (20.0%)	
RA Madeira	163 (93.1%)	12 (6.9%)	
Sexo			p=0.132
Masculino	548 (93.0%)	41 (7.0%)	
Feminino	669 (95.2%)	34 (4.8%)	
Área de residência			p=0.191
Predominantemente Rural	246 (94.6%)	14 (5.4%)	
Medianamente Urbana	337 (92.3%)	28 (7.7%)	
Predominantemente Urbana	634 (95.1%)	33 (4.9%)	
Escolaridade Mãe			p=0.002
Até ao Básico	503 (92.1%)	43 (7.9%)	
Secundário	369 (96.6%)	13 (3.4%)	
Ensino Superior	216 (97.3%)	6 (2.7%)	
Escolaridade Pai			p=0.003
Até ao Básico	589 (92.8%)	46 (7.2%)	
Secundário	282 (97.2%)	8 (2.8%)	
Ensino Superior	165 (97.6%)	4 (2.4%)	
Actividade Mãe			p=0.215
Trabalhadora	905 (94.7%)	51 (5.3%)	
Desempregada	180 (94.2%)	11 (5.8%)	
Doméstica	106 (89.8%)	12 (10.2%)	
Outros	17 (94.4%)	1 (5.6%)	

Actividade Pai			
Trabalhador	1016 (95.5%)	48 (4.5%)	p=0.001
Desempregado	135 (88.2%)	18 (11.8%)	
Outros	38 (92.7%)	3 (7.3%)	

Há quanto tempo foi a uma consulta com um profissional de saúde oral?*				
	Menos de 1 ano	Mais de 1 ano e menos de 2	Mais de 2 anos	p value
Região de Saúde				p<0.001
ARS Norte	144 (79.1%)	27 (14.8%)	11 (6.0%)	
ARS Centro	136 (78.2%)	29 (16.7%)	9 (5.2%)	
ARS LVT	128 (72.7%)	31 (17.6%)	17 (9.7%)	
ARS Alentejo	129 (78.7%)	24 (14.6%)	11 (6.7%)	
ARS Algarve	142 (79.3%)	22 (12.3%)	15 (8.4%)	
RA Açores	71 (56.8%)	43 (34.4%)	11 (8.8%)	
RA Madeira	110 (71.0%)	36 (23.2%)	9 (5.8%)	
Sexo				p=0.253
Masculino	385 (73.2%)	96 (18.3%)	45 (8.6%)	
Feminino	475 (75.5%)	116 (18.4%)	38 (6.0%)	
Área de residência				p=0.030
Predominantemente Rural	158 (67.5%)	50 (21.4%)	26 (11.1%)	
Medianamente Urbana	236 (74.9%)	59 (18.7%)	20 (6.3%)	
Predominantemente Urbana	466 (76.9%)	103 (17.0%)	37 (6.1%)	
Escolaridade Mãe				p=0.036
Até ao básico	338 (71.0%)	103 (21.6%)	35 (7.4%)	
Secundário	275 (76.6%)	59 (16.4%)	25 (7.0%)	
Ensino Superior	171 (81.8%)	28 (13.4%)	10 (4.8%)	
Escolaridade Pai**				p=0.070
Até ao Básico	400 (71.4%)	117 (20.9%)	43 (7.7%)	
Secundário	215 (78.2%)	45 (16.4%)	15 (5.5%)	
Ensino Superior	130 (81.3%)	22 (18.3%)	8 (5.0%)	
Actividade Mãe				p<0.001
Trabalhadora	668 (77.8%)	149 (17.2%)	51 (5.9%)	
Desempregada	129 (76.3%)	22 (13.0%)	18 (10.7%)	
Doméstica	51 (54.8%)	33 (35.5%)	9 (9.7%)	
Outros	8 (47.1%)	5 (29.4%)	4 (23.5%)	
Actividade Pai				p=0.097
Trabalhador	735 (75.5%)	175 (18.0%)	64 (6.6%)	
Desempregado	87 (71.9%)	19 (17.5%)	15 (12.4%)	
Outros	21 (63.6%)	9 (27.3%)	3 (9.1%)	

Quantas vezes nos últimos 12 meses visitou um PSO?				
	Nenhuma vez	1 vez	2 ou mais vezes	p value
Região de Saúde				
ARS Norte	2 (1.4%)	36 (25.4%)	104 (73.2%)	
ARS Centro	2 (1.4%)	60 (42.6%)	79 (56.0%)	

ARS LVT	5 (3.9%)	45 (35.4%)	77 (60.6%)	p=0.002*
ARS Alentejo	1 (0.8%)	45 (34.4%)	85 (64.9%)	
ARS Algarve	1 (0.7%)	55 (39.6%)	83 (59.7%)	
RA Açores	3 (4.1%)	30 (52.1%)	32 (43.8%)	
RA Madeira	5 (4.4%)	51 (44.7%)	58 (50.9%)	
Sexo				p=0.107
Masculino	5 (1.3%)	156 (41.4%)	219 (57.6%)	
Feminino	14 (2.9%)	174 (35.7%)	299 (61.4%)	
Área de residência				p=0.675*
Predominantemente Rural	4 (2.5%)	62 (38.5%)	95 (59.0%)	
Medianamente Urbana	5 (2.1%)	99 (41.8%)	133 (56.1%)	
Predominantemente Urbana	10 (2.1%)	169 (36.0%)	290 (61.8%)	
Escolaridade Mãe				p=0.126*
Até ao Básico	10 (2.9%)	155 (37.0%)	206 (60.1%)	
Secundário	1 (0.4%)	107 (39.8%)	161 (59.9%)	
Ensino Superior	2 (1.2%)	46 (34.9%)	108 (63.9%)	
Escolaridade Pai				p=0.526*
Até ao Básico	9 (2.3%)	155 (39.0%)	233 (58.7%)	
Secundário	2 (0.9%)	81 (37.7%)	132 (61.4%)	
Ensino Superior	1 (0.8%)	46 (35.7%)	82 (63.6%)	
Actividade Mãe				p=0.015*
Trabalhadora	11 (1.6%)	245 (36.7%)	411 (61.6%)	
Desempregada	3 (2.3%)	58 (44.3%)	70 (53.4%)	
Doméstica	5 (8.9%)	19 (33.9%)	32 (57.1%)	
Outros	0 (0.0%)	3 (37.5%)	5 (62.5%)	
Actividade Pai				p=0.040*
Trabalhador	10 (1.4%)	279 (38.0%)	455 (60.6%)	
Desempregado	3 (4.5%)	35 (39.3%)	50 (56.2%)	
Outros	5 (8.3%)	8 (33.3%)	14 (58.3%)	

*Não foram cumpridos os pressupostos de aplicação para o teste do Qui-Quadrado

Qual o motivo para a sua última ida a uma consulta de saúde oral?			
Motivo da consulta: aplicação de selantes			
	Sim	Não	p value
Região de Saúde			p<0.001
ARS Norte	27 (14.%)	165 (85.9%)	
ARS Centro	22 (11.4%)	170 (88.5%)	
ARS LVT	15 (7.8%)	177 (92.2%)	
ARS Alentejo	28 (15.2%)	156 (84.8%)	
ARS Algarve	26 (14.1%)	158 (85.9%)	
RA Açores	0 (0%)	183 (100%)	
RA Madeira	12 (6.6%)	170 (93.4%)	
Sexo			p>0.05
Masculino	56 (9.4%)	538 (90.6%)	
Feminino	74 (10.3%)	641 (89.7%)	
Área de residência			p=0.784
Predominantemente Rural	23 (8.8%)	239 (91.2%)	

Medianamente Urbana	38 (10.2%)	333 (89.8%)	
Predominantemente Urbana	69 (10.2%)	607 (89.8%)	
Escolaridade Mãe			p=0.013
Até ao Básico	42 (7.6%)	513 (92.4%)	
Secundário	51 (13.3%)	51 (86.7%)	
Ensino Superior	26 (11.6%)	26 (88.4%)	
Escolaridade Pai			p=0.099
Até ao Básico	53 (8.2%)	591 (91.8%)	
Secundário	37 (12.7%)	254 (87.3%)	
Ensino Superior	7 (9.9%)	155 (90.1%)	
Actividade Mãe			p=0.941
Trabalhadora	96 (9.9%)	872 (90.1%)	
Desempregada	23 (11.9%)	170 (88.1%)	
Doméstica	8 (6.7%)	111 (93.3%)	
Outros	1 (5.3%)	18 (94.7%)	
Actividade Pai			p=0.886
Trabalhador	106 (9.8%)	971 (90.2%)	
Desempregado	17 (11.1%)	136 (88.9%)	
Outros	4 (9.8%)	37 (90.2%)	

Motivo da consulta: vigilância/rotina			
	Sim	Não	p value
Região de Saúde			p<0.001
ARS Norte	80 (41.7%)	112 (58.3%)	
ARS Centro	78 (40.6%)	114 (59.4%)	
ARS LVT	85 (44.3%)	107 (55.7%)	
ARS Alentejo	51 (27.7%)	133 (72.3%)	
ARS Algarve	105 (57.1%)	79 (42.9%)	
RA Açores	41 (22.4%)	142 (77.6%)	
RA Madeira	73 (40.1%)	109 (59.9%)	
Sexo			p=0.038
Masculino	214 (36.0%)	380 (64.0%)	
Feminino	299 (41.8%)	416 (58.2%)	p=0.006
Área de residência			
Predominantemente Rural	86 (32.8%)	176 (67.2%)	
Medianamente Urbana	135 (36.4%)	236 (63.6%)	
Predominantemente Urbana	292 (43.2%)	384 (56.8%)	p<0.001
Escolaridade Mãe			
Até ao Básico	176 (31.7%)	379 (68.3%)	
Secundário	172 (44.9%)	211 (55.1%)	p<0.001
Ensino Superior	113 (50.4%)	111 (49.6%)	
Escolaridade Pai			p<0.001
Até ao Básico	218 (33.9%)	426 (66.1%)	
Secundário	134 (46.0%)	157 (54.0%)	
Ensino Superior	84 (48.8%)	8.8 (51.2%)	
Actividade Mãe			
Trabalhadora	381 (39.4%)	587 (60.6%)	

Desempregada Doméstica Outros	79 (40.9%) 45 (37.8%) 5 (26.3%)	114 (59.1%) 74 (62.2%) 14 (73.7%)	p=0.644
Atividade Pai			
Trabalhador Desempregado Outros	439 (40.8%) 47 (30.7%) 14 (34.1%)	638 (59.2%) 106 (96.3%) 27 (65.9%)	p=0.045
Motivo da Consulta: Ortodontia			
	Sim	Não	p value
Região de Saúde			p<0.001
ARS Norte	30 (15.6%)	162 (84.4%)	
ARS Centro	22 (11.5%)	170 (88.5%)	
ARS LVT	24 (12.5%)	168 (87.5%)	
ARS Alentejo	12 (6.5%)	172 (93.5%)	
ARS Algarve	16 (8.7%)	168 (91.3%)	
RA Açores	4 (2.2%)	179 (97.8%)	
RA Madeira	14 (7.7%)	168 (92.3%)	
Sexo			p=0.263
Masculino	49 (8.2%)	545 (91.8%)	
Feminino	73 (10.2%)	642 (89.2%)	
Área de residência			p=0.227
Predominantemente Rural	20 (7.6%)	242 (92.4%)	
Medianamente Urbana	30 (8.1%)	341 (91.9%)	
Predominantemente Urbana	72 (10.7%)	604 (89.3%)	
Escolaridade Mãe			p=0.004
Até ao Básico	41 (7.4%)	514 (92.6%)	
Secundário	38 (9.9%)	345 (90.1%)	
Ensino Superior	34 (15.2%)	190 (84.8%)	
Escolaridade Pai			p=0.001
Até ao Básico	49 (7.6%)	595 (92.4%)	
Secundário	29 (10.0%)	262 (90.0%)	
Ensino Superior	30 (17.4%)	142 (82.6%)	
Atividade Mãe			p=0.094
Trabalhadora	98 (10.1%)	870 (89.9%)	
Desempregada	19 (9.8%)	174 (90.2%)	
Doméstica	5 (4.2%)	114 (95.8%)	
Outros	0 (0.0%)	19 (100%)	
Atividade Pai			p=0.079
Trabalhador	111 (10.3%)	966 (89.7%)	
Desempregado	8 (5.2%)	145 (94.8%)	
Outros	2 (4.9%)	39 (95.1%)	
Motivo da consulta: Tratamento de dentes			
	Sim	Não	p value
Região de Saúde			p=0.002
ARS Norte	60 (31.3%)	132 (68.8%)	
ARS Centro	50 (26.0%)	142 (74.0%)	
ARS LVT	58 (30.3%)	134 (69.8%)	
ARS Alentejo	73 (39.7%)	111 (60.3%)	
ARS Algarve	44 (24.0%)	139 (76.0%)	
RA Açores	56 (30.6%)	127 (69.4%)	
RA Madeira	37 (20.3%)	145 (79.7%)	

Sexo			
Masculino	180 (30.3%)	414 (69.7%)	p=0.337
Feminino	198 (27.7%)	516 (72.3%)	
Área de residência			
Predominantemente Rural	79 (30.2%)	183 (169.8%)	p=0.207
Medianamente Urbana	118 (31.8%)	253 (68.2%)	
Predominantemente Urbana	181 (26.8%)	494 (73.2%)	
Escolaridade Mãe			
Até ao Básico	184 (33.2%)	370 (66.8%)	p=0.002
Secundário	111 (29.0%)	272 (71.0%)	
Ensino Superior	46 (20.5%)	178 (79.5%)	
Escolaridade Pai			
Até ao Básico	205 (31.8%)	439 (68.2%)	p=0.011
Secundário	80 (27.5%)	211 (72.5%)	
Ensino Superior	35 (20.3%)	137 (79.7%)	
Actividade Mãe			
Trabalhadora	271 (28.0%)	697 (72.0%)	p=0.691
Desempregada	60 (31.3%)	132 (68.8%)	
Doméstica	34 (28.6%)	85 (71.4%)	
Outros	7 (36.8%)	12 (63.2%)	
Actividade Pai			
Trabalhador	294 (27.3%)	783 (72.7%)	p=0.031
Desempregado	56 (36.9%)	97 (63.4%)	
Outros	15 (36.6%)	26 (63.4%)	
Motivo da consulta: Extracção			
	Sim	Não	p value
Região de Saúde			
ARS Norte	28 (14.6%)	164 (85.4%)	p=0.591
ARS Centro	26 (13.5%)	166 (86.5%)	
ARS LVT	27 (14.1%)	165 (85.9%)	
ARS Alentejo	28 (15.2%)	156(84.8%)	
ARS Algarve	22 (12.0%)	162 (88.0%)	
RA Açores	29 (15.8%)	154 (84.2%)	
RA Madeira	17 (9.3%)	165 (90.7%)	
Sexo			
Masculino	83 (14.0%)	511 (86.0%)	p=0.723
Feminino	94 (13.1%)	621 (86.9%)	
Área de residência			
Predominantemente Rural	33 (12.6%)	229 (87.4%)	p=0.570
Medianamente Urbana	56 (15.1%)	315 (84.9%)	
Predominantemente Urbana	88 (13.0%)	588 (87.0%)	
Escolaridade Mãe			
Até ao Básico	90 (16.2%)	465 (86.8%)	p=0.007
Secundário	40 (10.4%)	343 (89.6%)	

Ensino Superior	21 (9.4%)	203 (90.6%)	
Escolaridade Pai			
Até ao Básico	98 (12.5%)	546 (84.8%)	p=0.070
Secundário	36 (12.4%)	255 (87.6%)	
Ensino Superior	15 (8.7%)	157 (91.3%)	
Actividade Mãe			
Trabalhadora	124 (12.8%)	844 (87.2%)	p=0.279
Desempregada	26 (13.5%)	167 (86.5%)	
Doméstica	22 (18.5%)	97 (881.5%)	
Outros	4 (21.1%)	15 (78.9%)	
Actividade Pai			
Trabalhador	146 (13.6%)	931 (86.4%)	p=0.107
Desempregado	18 (11.8%)	135 (88.2%)	
Outros	10 (24.4%)	31 (75.6%)	
Motivo da consulta: Aplicação tópica de flúor			
	Sim	Não	p value
Região de Saúde			
ARS Norte	2 (1.0%)	190 (99.0%)	p=0.155
ARS Centro	3 (1.6%)	189 (98.4%)	
ARS LVT	5 (2.6%)	187 (97.4%)	
ARS Alentejo	7 (3.8%)	177 (96.8%)	
ARS Algarve	3 (1.6%)	181 (98.4%)	
RA Açores	1 (0.5%)	182 (99.5%)	
RA Madeira	1 (0.5%)	181 (99.5%)	
Sexo			
Masculino	8 (36.4%)	586 (45.5%)	p=0.522
Feminino	14 (63.6%)	701 (54.5%)	
Área de residência			
Predominantemente Rural	3 (1.1%)	259 (98.9%)	p=0.129
Medianamente Urbana	3 (0.8%)	368 (99.2%)	
Predominantemente Urbana	16 (2.4%)	660 (97.6%)	
Escolaridade Mãe			
Até ao Básico	5 (0.9%)	550 (99.1%)	p=0.013
Secundário	7 (1.8%)	376 (98.2%)	
Ensino Superior	9 (4.0%)	215 (96.0%)	
Escolaridade Pai			
Até ao Básico	8 (1.2%)	636 (98.8%)	p=0.135
Secundário	6 (2.1%)	285 (97.9%)	
Ensino Superior	6 (3.5%)	166 (96.5%)	
Actividade Mãe			
Trabalhadora	15 (1.5%)	953 (98.5%)	p=0.654
Desempregada	3 (1.6%)	190 (98.4%)	
Doméstica	2 (1.7%)	117 (98.3%)	
Outros	1 (5.3%)	18 (94.7%)	

Atividade Pai			
Trabalhador	19 (1.8%)	1058 (98.2%)	p=0.865
Desempregado	2 (1.3%)	151 (98.7%)	
Outros	1(2.4%)	40 (97.6%)	
Motivo da consulta: Destartarização			
	Sim	Não	P value
Região de Saúde			p<0.001
ARS Norte	5 (2.6%)	187 (94.7%)	
ARS Centro	20 (1.4%)	172 (89.6%)	
ARS LVT	8 (4.2%)	184 (95.8%)	
ARS Alentejo	24 (13.0%)	160 (87.0%)	
ARS Algarve	8 (4.3%)	176 (95.7%)	
RA Açores	12 (6.6%)	171 (93.1%)	
RA Madeira	45 (24.7%)	137 (75.3%)	
Sexo			
Masculino	57 (9.6%)	537 (90.4%)	p=0.828
Feminino	65 (9.1%)	650 (90.9%)	
Área de residência			
Predominantemente Rural	29 (11.1%)	233 (88.9%)	p=0.553
Medianamente Urbana	33 (8.9%)	338 (91.1%)	
Predominantemente Urbana	60 (8.9%)	616 (91.1%)	
Escolaridade Mãe			p=0.720
Até ao Básico	55 (9.9%)	500 (90.1%)	
Secundário	37 (9.7%)	346 (90.3%)	
Ensino Superior	18 (8.0%)	206 (92.0%)	
Escolaridade Pai			p=0.804
Até ao Básico	63 (9.8%)	581 (90.2%)	
Secundário	27 (9.3%)	264 (90.7%)	
Ensino Superior	14 (8.1%)	158 (91.9%)	
Atividade Mãe			p=0.832
Trabalhadora	94 (9.7%)	874 (90.3%)	
Desempregada	15 (7.8%)	178 (92.2%)	
Doméstica	10 (8.4%)	109 (91.6%)	
Outros	2 (10.5%)	17 (89.5%)	
Atividade Pai			p=0.552
Trabalhador	104 (9.7%)	973 (90.3%)	
Desempregado	16 (10.5%)	137 (89.5%)	
Outros	2 (4.9%)	39 (95.1%)	
Motivo da consulta: Polimento			
	Sim	Não	P value
Região de Saúde			p=0.057
ARS Norte	5 (2.6%)	187 (97.4%)	
ARS Centro	3 (1.6%)	189 (98.4%)	
ARS LVT	9 (4.7%)	183 (95.3%)	
ARS Alentejo	8(4.3%)	176 (97.7%)	
ARS Algarve	5 (2.7%)	179 (97.3%)	
RA Acores	0 (0%)	183 (100%)	

RA Madeira	3 (1.6%)	179 (98.4%)	
Sexo			
Masculino	17 (2.9%)	577 (97.1%)	p=0.598
Feminino	16 (2.2%)	699 (97.8%)	
Área de residência			
Predominantemente Rural	9 (3.4%)	253 (98.4%)	p=0.336
Medianamente Urbana	6 (1.6%)	365 (96.6%)	
Predominantemente Urbana	18 (2.7%)	658 (97.3%)	
Escolaridade Mãe			
Até ao Básico	15 (2.7%)	540 (97.3%)	p=0.931
Secundário	10 (2.6%)	373 (97.4%)	
Ensino Superior	5 (2.2%)	219 (97.8%)	
Escolaridade Pai			
Até ao Básico	16 (2.5%)	628 (97.5%)	p=0.854
Secundário	6 (2.1%)	285 (97.9%)	
Ensino Superior	5 (2.9%)	167 (97.1%)	
Actividade Mãe			
Trabalhadora	26 (2.7%)	942 (97.3%)	p=0.107
Desempregada	3 (1.6%)	190(98.4%)	
Doméstica	2(1.7%)	117 (98.3%)	
Outros	2 (10.5%)	17 (89.5%)	
Actividade Pai			
Trabalhador	27 (2.5%)	1050 (97.5%)	p=0.996
Desempregado	4 (2.6%)	149 (97.4%)	
Outros	1 (2.4%)	40 (97.6%)	
Motivo da consulta: Urgência			
	Sim	Não	p value
Região de Saúde			
ARS Norte	8 (4.2%)	184 (95.8%)	p=0.039
ARS Centro	5 (2.6%)	187 (97.4%)	
ARS LVT	4 (2.1%)	188 (97.9%)	
ARS Alentejo	1 (0.5%)	183 (99.5%)	
ARS Algarve	2 (1.1%)	182 (98.9%)	
RA Açores	8 (4.4%)	175 (95.6%)	
RA Madeira	1 (0.5%)	181 (99.5%)	
Sexo			
Masculino	13 (2.2%)	581 (97.8%)	p=1.00
Feminino	16 (2.2%)	699 (97.8%)	
Área de residência			
Predominantemente Rural	9 (3.4%)	253 (96.6%)	p=0.228
Medianamente Urbana	9 (2.4%)	362 (97.6%)	
Predominantemente Urbana	11 (1.6%)	665 (98.4%)	
Escolaridade Mãe			
Até ao Básico	16 (57.1%)	539 (47.5%)	p=0.223
Secundário	5 (17.9%)	378 (33.3%)	
Ensino Superior	7 (25%)	217 (19.1%)	

Escolaridade Pai			
Até ao Básico	17 (2.6%)	627 (97.4%)	p=0.494
Secundário	6 (2.1%)	285 (97.9%)	
Ensino Superior	2 (1.2%)	170 (98.4%)	
Actividade Mãe			
Trabalhadora	21 (2.2%)	947 (97.8%)	p=0.103
Desempregada	4 (2.1%)	189 (97.9%)	
Doméstica	2 (1.7%)	117 (98.3%)	
Outros	2 (10.5%)	17 (89.5%)	
Actividade Pai			
Trabalhador	26 (2.4%)	1051 (97.6%)	p=0.424
Desempregado	2 (1.3%)	151 (98.7%)	
Outros	0 (0%)	41 (100%)	

Como considera o estado da sua boca e dentes?					
	Muito Bom	Bom	Razoável	Mau / Muito Mau	p value
Região de Saúde					
ARS Norte	11 (5.7%)	102 (53.1%)	69 (35.9%)	10 (5.2%)	p=0.187
ARS Centro	8 (4.2%)	84 (43.8%)	91 (47.4%)	9 (4.7%)	
ARS LVT	15 (7.8%)	94 (49.0%)	77 (40.1%)	6 (3.1%)	
ARS Alentejo	10 (5.4%)	85 (46.2%)	83 (45.1%)	6 (3.3%)	
ARS Algarve	9 (4.9%)	102 (55.4%)	67 (36.4%)	6 (3.3%)	
RA Açores	10 (5.5%)	83 (45.4%)	76 (41.5%)	14 (7.7%)	
RA Madeira	10 (4.9%)	74 (40.7%)	91 (50.0%)	8 (4.4%)	
Sexo					
Masculino	28 (4.7%)	281 (47.3%)	260 (43.8%)	25 (4.2%)	p=0.571
Feminino	44 (6.2%)	343 (48.0%)	294 (41.1%)	34 (4.8%)	
Área de residência					
Predominantemente Rural	8 (3.1%)	105 (40.1%)	136 (51.9%)	13 (5.0%)	p<0.001
Medianamente Urbana	14 (3.8%)	165 (44.5%)	169 (45.6%)	23 (6.2%)	
Predominantemente Urbana	50 (7.4%)	354 (52.4%)	249 (36.8%)	23 (3.4%)	
Escolaridade Mãe*					
Até ao Básico	23 (4.1%)	225 (40.5%)	274 (49.4%)	33 (5.9%)	p<0.001
Secundário	21 (5.5%)	203 (53.0%)	143 (37.3%)	14 (4.2%)	
Ensino Superior	21 (9.4%)	128 (57.1%)	6.1 (31.7%)	4 (1.8%)	
Escolaridade Pai*					
Até ao Básico	23 (3.6%)	282 (43.8%)	297 (46.1%)	42 (6.3%)	p<0.001
Secundário	22 (7.6%)	150 (51.5%)	113 (38.8%)	6 (2.1%)	
Ensino Superior	21 (12.2%)	98 (57.0%)	51 (29.7%)	2 (1.2%)	
Actividade Mãe					
Trabalhadora	55 (5.7%)	481 (49.7%)	394 (40.7%)	38 (3.9%)	p=0.239
Desempregada	6 (3.1%)	84 (43.5%)	90 (46.6%)	13 (6.7%)	
Doméstica	9 (7.6%)	49 (41.2%)	54 (45.4%)	7 (5.9%)	
Outros	1 (5.3%)	7 (36.8%)	10 (52.6%)	1 (5.3%)	
Actividade Pai					
Trabalhador	65 (6.0%)	537 (49.9%)	431 (40.0%)	44 (4.1%)	p=0.014
Desempregado	5 (3.3%)	62 (40.5%)	76 (49.7%)	10 (6.5%)	
Outros	2 (4.9%)	12 (23.3%)	2 (61.0%)	2 (4.9%)	

Nos últimos 12 meses sentiu a presença de dor nos dentes, gengivas e feridas na boca?					
	Muitas Vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca	p value
Região de Saúde					
ARS Norte	3 (1.6%)	42 (22.2%)	45 (23.8%)	99 (52.4%)	p=0.001
ARS Centro	0 (0.0%)	41 (21.5%)	39 (20.4%)	111 (58.1%)	
ARS LVT	3 (1.6%)	41 (21.6%)	55 (28.9%)	91 (47.9%)	
ARS Alentejo	6 (3.3%)	37 (20.2%)	47 (25.7%)	93 (50.8%)	
ARS Algarve	3 (1.6%)	28 (15.2%)	31 (18.8%)	122 (66.9%)	
RA Açores	5 (2.8%)	44 (24.3%)	18 (9.9%)	114 (63.0%)	
RA Madeira	3 (1.7%)	37 (20.3%)	50 (27.8%)	90 (50.0%)	

Sexo					
Masculino	12 (2.0%)	112 (18.9%)	141 (23.8%)	327 (55.2%)	p=0.264
Feminino	11 (1.6%)	158 (22.4%)	144 (20.4%)	393 (55.7%)	
Área de residência					
Predominantemente Rural	1 (0.4%)	57 (21.8%)	54 (20.7%)	149 (57.1%)	p=0.482
Medianamente Urbana	9 (2.5%)	81 (22.1%)	82 (22.3%)	149 (53.1%)	
Predominantemente Urbana	13 (1.9%)	132 (19.7%)	149 (22.2%)	376 (56.4%)	
Escolaridade Mãe					
Até ao Básico	6 (1.1%)	121 (22.0%)	120 (21.9%)	302 (55.0%)	p=0.593
Secundário	8 (2.1%)	77 (20.2%)	76 (19.9%)	220 (57.7%)	
Ensino Superior	5 (2.3%)	44 (19.8%)	55 (24.8%)	118 (53.2%)	
Escolaridade Pai					
Até ao Básico	13 (2.0%)	137 (21.5%)	142 (22.3%)	346 (54.2%)	p=0.994
Secundário	5 (1.7%)	63 (21.8%)	63 (21.8%)	158 (54.7%)	
Ensino Superior	2 (1.2%)	37 (21.8%)	36 (21.8%)	95 (55.9%)	
Actividade Mãe*					
Trabalhadora	17 (1.8%)	192 (20.0%)	226 (23.6%)	524 (54.6%)	p=0.482
Desempregada	5 (22.6%)	36 (18.7%)	34 (17.6%)	118 (61.1%)	
Outros	0(0.0%)	40 (29.4%)	23 (16.9%)	73 (53.7%)	
Actividade Pai					
Trabalhador	15 (1.4%)	223 (20.9%)	238 (22.3%)	590 (55.3%)	p=0.607
Desempregado	4 (2.6)	34 (22.2)	30 (19.6%)	85 (55.6%)	
Outros	2 (4.9%)	8 (19.5%)	8 (19.5%)	23 (55.1%)	
* Foi agrupada a categoria “doméstica” à categoria “outros”					